



**Curso de Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização**  
**Enfermagem de Reabilitação**

**Intervenção do Enfermeiro Especialista em**  
**Enfermagem de Reabilitação à pessoa com**  
**Acidente Vascular Cerebral**  
**Promoção das Atividades de Autocuidado**

**Sara Ribeiro de Oliveira Conde**

**2018**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública









## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

Área de Especialização

### **Enfermagem de Reabilitação**

Relatório de Estágio

## **Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com Acidente Vascular Cerebral**

Promoção das Atividades de Autocuidado

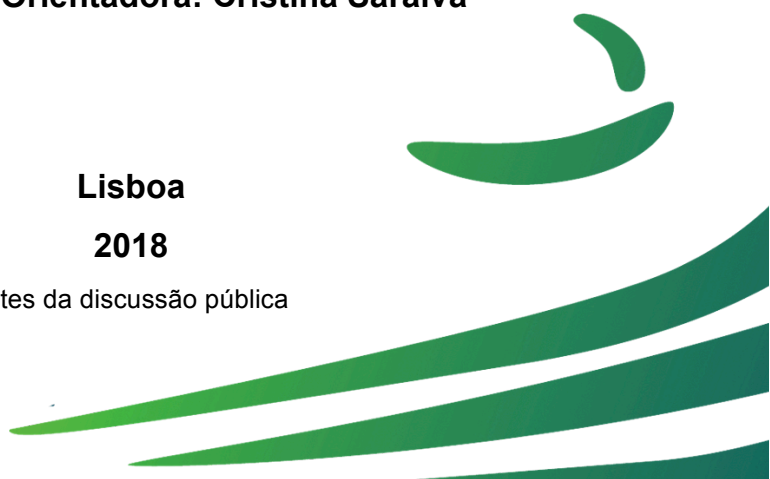
**Sara Ribeiro de Oliveira Conde**

**Professora Orientadora: Cristina Saraiva**

**Lisboa**

**2018**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública





*“A vida é o que fazemos dela.  
As viagens são os viajantes.  
O que vemos, não é o que vemos, senão o que somos.”*

Fernando Pessoa (2015, p. 134)

## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Cristina Saraiva, orientadora deste relatório, pelos momentos de inquietação que me conduziram à constante reflexão, pela sua disponibilidade e profissionalismo, mas particularmente, pela confiança que dedicou em mim.

À ESEL, porque permitiu que este sonho se realizasse.

Às instituições nas quais realizei o estágio e aos profissionais que a elas pertencem e que me acolheram, fazendo-me sentir como um elemento da sua equipa!

Um especial agradecimento às Enfermeiras Patrícia Veríssimo e Adélia Ferreira, que me ensinaram uma nova forma de ser Enfermeira.

À Enfermeira Lina Martins, chefe do serviço onde exerço funções e que tentou ao máximo ajustar o horário às minhas necessidades.

Um especial obrigada à Ana Temudo, a primeira Enfermeira de Reabilitação com quem contactei e que despertou em mim a vontade de me especializar nesta área.

À Catarina Ribeiro, pelas explicações infundáveis relativa à verdadeira essência da Enfermagem de Reabilitação.

Ao Nuno, pelo seu apoio incondicional.

Agradeço especialmente aos meus pais e à minha avó, pelo apoio e pela força que ao longo deste percurso académico me têm proporcionado, pela paciência que têm tido devido à minha falta de disponibilidade e essencialmente por serem quem são, pois sem eles este trabalho teria sido muito mais difícil de realizar.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ABVD – Atividades Básicas de Vida Diária  
ACES – Agrupamento de Centros de Saúde  
AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária  
AO – Assistentes Operacionais  
ATA – Artroplastia Total da Anca  
AVC – Acidente Vascular Cerebral  
AVD – Atividades de Vida Diária  
CH – Cadeira Higiénica  
CR – Cadeira de Rodas  
DGS – Direção Geral de Saúde  
DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica  
ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados  
EE – Enfermeiro Especialista  
EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação  
ER – Enfermagem de Reabilitação  
ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa  
JA – Jornal de Aprendizagem  
MIF – Medida de Independência Funcional  
Obj. – Objetivo  
OE – Ordem dos Enfermeiros  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
PA – Produtos de Apoio  
PER – Processos de Enfermagem de Reabilitação  
PII – Plano Individual de Intervenção  
PTA – Prótese Total da Anca  
RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados  
RFR – Reeducação Funcional Respiratória  
RR – Reabilitação Respiratória  
UC – Unidade Curricular  
UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade  
WHO – *World Health Organization*

## RESUMO

O aumento da esperança média de vida, o crescente avanço na tecnologia e na área da saúde, acabam por traduzir-se numa tendência do aumento da prevalência de doenças de evolução prolongada com graus de dependência elevados, refletindo-se no crescente número de doentes com Acidente Vascular Cerebral. Reconhecido como um problema global, este apresenta impacto em praticamente todas as funções humanas, destacando-se como principais sequelas, a hemiparesia e a hemiplegia, que podem levar a uma diminuição da aptidão física e habilidade da pessoa no desempenho das suas Atividades de Vida Diária, desencadeando uma necessidade terapêutica de Autocuidado.

A evidência demonstra que as Atividades de Vida Diária higiene e o vestir-se, atividades integrantes ao autocuidado, requerem habilidades físicas e cognitivas de grande complexidade, pelo que a pessoa que sofreu Acidente Vascular Cerebral apresenta maiores dificuldades na sua execução, necessitando de um período de adaptação mais prolongado. Verifica-se, portanto a necessidade de uma resposta eficaz por parte dos serviços de saúde, onde é prioritária a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, nesta população.

Face ao exposto, destaca-se como a problemática escolhida, demonstrar os contributos do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção das atividades de autocuidado, nas Atividades de Vida Diária, higiene e vestir-se, à pessoa que sofreu Acidente Vascular Cerebral, minimizando as suas sequelas e maximizando o seu potencial funcional e autonomia.

Assim, o processo de reabilitação, deve apresentar carácter educativo, dinâmico, contínuo e progressivo, devendo começar o mais precocemente possível, assumindo formas distintas desde a fase aguda até à fase de sequelas. Os seus objetivos visam o alcance da maior autonomia e máxima funcionalidade da pessoa, podendo estas ser atingidas através do treino das capacidades remanescentes, da promoção do autocuidado, do uso de estratégias adaptativas e/ou utilização de produtos de apoio, tendo em vista a sua qualidade de vida, a reintegração e participação na sociedade maximizando os diferentes recursos da comunidade.

**Palavras-chave:** Acidente Vascular Cerebral; Atividades de Vida Diária; Autocuidado; Enfermagem de Reabilitação.

## **ABSTRACT**

The rise in the average life expectancy and the growing advances in technology and in the health area have resulted in a rising prevalence of long-term diseases with high levels of dependence, reflected in a growing number of patients with stroke. Known to be a global problem, it has an impact on practically all human functions, highlighting as main sequelae, hemiparesis and hemiplegia, which can lead to a decrease in a person's physical ability and ability to perform their Activities of Daily Living, triggering a therapeutic need for Self-care Activity.

Evidence demonstrates that Activities of Daily Living regarding Hygiene and Dressing, activities that are part of the Self-care Activities, require physical and cognitive skills of great complexity, so the person who suffered Stroke presents greater difficulties in its execution, requiring a longer adaptation period. Therefore, there is a need for an effective response from the health services, where priority is given to the intervention of the Rehabilitation Nurse in this population.

In the view of the above, the highlighted issue is to demonstrate the contributions of the Rehabilitation Nurse promoting of Self-care Activities, in the Activities of Daily Living as Hygiene and Dressing, regarding the person who suffered Stroke, minimizing their sequels and maximizing their functional potential and autonomy.

Thus, the rehabilitation process must be educational, dynamic, continuous and progressive and should start as early as possible, taking different forms from the acute phase to the sequelae phase. Its objectives are to achieve the maximum autonomy and maximum functionality of the person, which can be achieved through the training of remaining abilities, the promotion of Self-care Activities, the use of adaptive strategies and/or the use of support products, keeping in mind their life quality, reintegration and participation in society by maximizing the different resources of the community.

**Key words:** Stroke; Activities of Daily Living; Self-care; Rehabilitation Nurse.

## ÍNDICE

Pág.

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
-------------------------	-----------

<b>1. REALIZAÇÃO DE ATIVIDADES E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NA ÁREA DE ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO .....</b>	<b>24</b>
---	-----------

1.1. Domínio da Responsabilidade, Ética e Legal e Competências Específicas do EEER .....	26
1.2. Domínio da Melhoria da Qualidade e Competências Específicas do EEER .....	37
1.3. Domínio da Gestão dos Cuidados e Competências Específicas do EEER .....	51
1.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais .....	58

<b>2. AVALIAÇÃO DO PERCURSO FORMATIVO .....</b>	<b>60</b>
---	-----------

<b>3. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>63</b>
--------------------------------------	-----------

<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>66</b>
---	-----------

## APÊNDICES

APÊNDICE I – Projeto de Formação

APÊNDICE II – Jornal de Aprendizagem – ECCI (1)

APÊNDICE III – 1º Processo de Enfermagem de Reabilitação - Centro de  
Reabilitação

APÊNDICE IV – 2º Processo de Enfermagem de Reabilitação - ECCI

APÊNDICE V – Guia de Orientação para o Cuidador – Sonda Vesical

APÊNDICE VI – Guia de Orientação para o Cuidador – Alimentação

APÊNDICE VII – Prótese Total da Anca - Guia de Apoio à Pessoa e Cuidador



APÊNDICE VIII – Manual de Produtos de Apoio

APÊNDICE IX – Jornal de Aprendizagem Centro de Reabilitação (1)

APÊNDICE X – Jornal de Aprendizagem Centro de Reabilitação (2)

APÊNDICE XI – Jornal de Aprendizagem ECCI (2)

APÊNDICE XII – Jornal de Aprendizagem ECCI (3)

APÊNDICE XIII – Apreciação do Percorso de Aquisição de Competências

## **ÍNDICE DE QUADROS**

Quadro 1 – Benefícios de um Programa de Reabilitação

Quadro 2 – Subdivisão das Atividades de Vida Diária

Quadro 3 – Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Quadro 4 – Domínio da Melhoria da Qualidade

Quadro 5 – Domínio da Gestão dos Cuidados

Quadro 6 – Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

## INTRODUÇÃO

Atualmente e com a mudança constante e reestruturação das organizações hospitalares, tem-se verificado uma maior exigência no que respeita ao desempenho dos profissionais de saúde. O aumento do acesso à informação proporciona maior conhecimento por parte dos cuidadores e daqueles que são cuidados, pelo que se torna inevitável que sejam esperados cuidados de saúde de máxima qualidade. A qualidade dos cuidados de saúde oferecidos ao cidadão constituem objetivos de preocupação constante por parte das instituições, sendo que essa depende cada vez mais do saber, e do saber fazer de todos os agentes implicados (Caetano, 2003). Neste contexto, o aperfeiçoamento profissional, onde se destacam as aprendizagens ao longo do vida num eixo de atualização e desenvolvimento profissional, é inevitável, devendo constituir o caminho para aquisição de competências (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2015) técnicas, relacionais, tomada de decisão e juízo crítico, com vista a uma enfermagem mais holística e cuidados mais especializados.

Face à realidade descrita e para complementação da minha aprendizagem, a frequência no 7º Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem de Reabilitação (ER), lecionado pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), constituiu uma mais valia na melhoria dos cuidados por mim prestados, uma vez que me permitiu articular eficazmente os saberes teóricos com a prática clínica.

Este relatório insere-se na Unidade Curricular (UC): Estágio com Relatório, integrada no 3º semestre do plano de estudos do curso já referido, visando a descrição, a análise e reflexão do percurso de estágio onde foram adquiridas competências especializadas na área da ER. O estágio foi norteado de acordo com o Projeto de Formação (Apêndice I) elaborado previamente na UC Opção II, enquadrada no 2º semestre e que apresentou como temática: “Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com Acidente Vascular Cerebral. Promoção das Atividades de Autocuidado”. Este tem como enfoque, demonstrar o contributo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) na promoção das atividades de autocuidado, tendo como foco as Atividades de Vida Diária (AVD) higiene e vestir-se, à pessoa que sofreu AVC, em contexto hospitalar e domiciliário, e de que forma este a pode tornar o mais

independente possível, contribuindo assim, para o aumento da sua qualidade de vida.

A escolha desta temática prende-se com o facto de desenvolver funções num serviço de Medicina Interna, onde perante um diverso número de patologias se destaca o AVC, sendo estes doentes o grande alvo dos meus cuidados. Diariamente tenho percepcionado grandes dificuldades transversais na vida do indivíduo que sofreu AVC, decorrentes das consequências do mesmo, que dependem da área afetada, da gravidade da lesão e do seu estado de saúde, podendo comprometer a sua autonomia na realização das AVD. Estas conduzem a um desequilíbrio entre a pessoa e o seu meio envolvente, apresentando consequências a nível pessoal, familiar, pessoal e social. Apesar de se tratar de uma função da responsabilidade da enfermagem, verifico diariamente a existência de um défice no plano de reabilitação definido, principalmente no que respeita à área de intervenção nas AVD higiene e vestir-se, sendo muitas vezes delegadas estas tarefas às assistentes operacionais (AO), que na maioria das vezes substituem a pessoa integralmente, comprometendo a obtenção da sua máxima autonomia.

As referidas AVD, constituem duas áreas de elevada importância para a pessoa com AVC, pois caso não exista qualquer intervenção definida, pode comprometer a sua independência e consequentemente necessitar da prestação de cuidadores. Deste modo, o EEER “deve ter presente as competências que permitem promover na pessoa (...) a máxima independência, prevenir complicações e promover a segurança no desempenho das atividades de autocuidado” (Menoita, Sousa, Alvo e Vieira, 2012, p. 117). Sendo esta, uma das preocupações sentidas por mim, espero através da descrição, análise e reflexão conseguir evidenciar a forma como os conhecimentos teóricos adquiridos na elaboração do Projeto de Formação, foram mobilizados para o contexto prático, no decorrer do estágio e como me permitiram adquirir um corpo de conhecimentos específicos nesta área de intervenção especializada, a Enfermagem de Reabilitação.

O AVC caracteriza-se pelo início agudo de um défice neurológico com a duração de pelo menos 24 horas (*World Health Organization* (WHO), 2012), “refletindo envolvimento focal do sistema nervoso central como resultado de um distúrbio na circulação sanguínea cerebral. Estas lesões cerebrais são provocadas por um enfarte, devido a isquemia ou hemorragia, de que resulta o comprometimento da função cerebral” (Cancela, 2008, p. 1).

A nível mundial, as doenças cardiovasculares destacam-se como a principal causa de morte (WHO, 2016). Só no ano de 2012 cerca de 17,5 milhões de pessoas morreram devido à ocorrência das mesmas, sendo que dessas, 6,7 milhões se devem à ocorrência de um AVC, constituindo a segunda causa de morte a nível mundial (WHO, 2016), a terceira na Europa (Eurostat, 2009) e a primeira em Portugal (Sá, 2009).

De acordo com os dados fornecidos pela Direção Geral de Saúde (DGS), em Portugal, a taxa de mortalidade por AVC, em 2015, por cada 100.000 habitantes, constitui 65,2%, correspondendo a 6.432 óbitos nesse ano (DGS, 2017). Quando comparados a dados relativos a 2013, em que a taxa de mortalidade por esta doença era de 79,11%, correspondendo 7.872 óbitos, verifica-se que houve um decréscimo de cerca de 14% (DGS, 2017).

Apesar de se ter atingido um dos melhores valores das últimas décadas, a taxa de mortalidade por esta doença mantém um valor elevado, destacando-se como a principal causa de morte e incapacidade nos estados membros da União Europeia (DGS, 2017), tendo um importante “impacto económico que decorre da incapacidade por ela provocada, bem como dos crescentes custos relacionados com o seu tratamento” (DGS, 2012, p. 1). A prevenção desta patologia é essencial e apesar de se verificarem melhorias ao nível da prevenção primária e secundária, esta continua a ser ineficaz.

A “localização e extensão exatas da lesão provocada pelo AVC, determinam o quadro neurológico apresentado” (Cancela, 2008, p.2), podendo as suas consequências resultar em dificuldades na deglutição, alterações das funções cognitivas, da motricidade facial, da linguagem, do padrão de eliminação intestinal e vesical, da sexualidade e ainda problemas sociais e emocionais (Organização Mundial de Saúde (OMS), 2003). Como consequências motoras, destacam-se a hemiparesia e a hemiplegia do lado contralateral à lesão cerebral (DGS, 2010; Hoeman, 2011; Martins, 2002), podendo causar assimetria corporal, provocando instabilidade postural e desequilíbrio, em repouso e em movimento. Frequentemente é verificada alteração do tônus, sendo que numa fase inicial a maioria das pessoas apresenta flacidez, podendo evoluir gradualmente para diferentes graus de espasticidade (OMS, 2003).

Mamabolo, Mudzi, Stewart, Olorunjo e Singh (2009) ao efetuarem um estudo onde incluíram 68 pessoas que tinham sofrido um AVC, verificaram que as sequelas

resultantes do evento interferiram principalmente na diminuição da sua funcionalidade, da destreza manual e na capacidade de marcha. Segundo o mesmo estudo, 58% dessas sequelas foram melhoradas com a implementação de um programa de reabilitação que incluiu atividades de fortalecimento muscular, exercícios de alcance e preensão ao nível dos membros superiores, treino de marcha e treino de AVD (Mamabolo et al., 2009).

Num estudo realizado com 15 doentes e seus familiares, procedeu-se à avaliação do impacto de um programa de reabilitação (Quadro 1) na pessoa que sofreu AVC (após 45 dias a 5 anos) (Lessmann, Conto, Ramos, Boreinstein e Meirelles, 2011).

Quadro 1 - Benefícios de um Programa de Reabilitação.

<b>Atividades Realizadas</b>	<b>Benefícios</b>
<b>1. Controlo postural</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Posicionamento no leito;</li> <li>• Mobilizações ativas, ativas-assistidas, passivas;</li> <li>• Educação para a saúde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevenção de assimetria corporal;</li> <li>• Prevenção de espasticidade;</li> <li>• Prevenção de deformações musculares e articulares;</li> <li>• Estimulação da sensibilidade.</li> </ul>
<b>2. Exercícios de amplitude do movimento</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mobilizações a nível dos membros superiores e inferiores;</li> <li>• Ensino à família para realização destas atividades no domicílio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integridade das estruturas articulares;</li> <li>• Amplitude do movimento;</li> <li>• Flexibilidade;</li> <li>• Evita aderências e contracturas.</li> </ul>
<b>3. Treino de equilíbrio</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Equilíbrio estático em pé;</li> <li>• Equilíbrio dinâmico em pé.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inibição de espasticidade;</li> <li>• Estimulação da sensibilidade, da força e do tônus muscular;</li> <li>• Preparação para a marcha.</li> </ul>
<b>4. Treino de marcha</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inicialmente treino de equilíbrio;</li> <li>• Marcha com barras laterais;</li> <li>• Subir escadas;</li> <li>• Educação para a saúde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melhoria do equilíbrio;</li> <li>• Reaquisição do padrão autocrítico perdido;</li> <li>• Maior independência;</li> <li>• Evitar acidentes e quedas.</li> </ul>
<b>5. Estimulação da sensibilidade</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso de materiais, com diferentes cores e texturas, para estimulação visual e perceptiva.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gradual execução das atividades: cuidados de higiene, vestir-se, alimentar-se, entre outras.</li> </ul>

Assim, um programa de reabilitação deve contemplar atividades de estimulação sensorial e motora, controlo postural, amplitude de movimento e treino de marcha, acompanhados de ações de educação para a saúde (Lessmann et al., 2011), procurando que esta se torne o mais independente possível na realização das AVD.

O EEER deve adequar os seus cuidados às verdadeiras necessidades da pessoa, devendo contemplar todos os aspetos da vida de um indivíduo.

Para além das consequências motoras e cognitivas (consequências diretas da lesão) existem também alterações psicológicas e emocionais (Cancela, 2008), que podem reduzir a motivação do doente na sua recuperação. Neste âmbito, Turner (2012) refere que cerca de 40% dos doentes que sofreram um AVC e que se encontram internados por um período superior a quatro semanas, sofrem de depressão. Constatou ainda que factores como a falta de poder sobre a sua vida, o isolamento social, a dependência de outros na realização das AVD, alterações na dinâmica familiar, sensação de perda e medo pelo futuro (Turner, 2012), se encontravam significativamente associados ao aparecimento de sintomas depressivos. Deste modo, o programa de reabilitação implementado deve apresentar um carácter holístico, envolvendo uma equipa multidisciplinar e a família como parceira e alvo de cuidados (Rodrigues, 2008). Os exercícios implementados devem representar situações do quotidiano onde a pessoa é incentivada a concentrar-se, interagir, raciocinar, tomar decisões, entender o discurso corrente e expressar sentimentos e pensamentos (Cancela, 2008). O EEER deve compreender que esta apresenta alterações das suas necessidades psicológicas, devendo ajudá-la “a criar uma maneira de viver com sentido e compatível com a sua situação, independente da sua condição física ou da natureza da sua afeção” (OE, 2011a, p. 3).

Andreassen e Wyller (2005) ao entrevistarem 8 pessoas, verificaram que nem todas apresentavam os mesmos objetivos ao integrarem num programa de reabilitação, agrupando-os em três categorias: necessidade de educação para a saúde, melhoria das capacidades motoras e desenvolvimento de estratégias para melhorar a sua qualidade de vida. No desenvolvimento das diretrizes da melhor prática Canadense relativa ao AVC, é recomendado o estabelecimento de um programa de reabilitação individualizado, culturalmente apropriado e com objetivos e metas acordados com o doente, família/cuidadores e a equipa de saúde (Hebert et al., 2016). Pretende-se que esses sejam, “específicos, mensuráveis, atingíveis e realistas em tempo determinado” (DGS, 2011, p. 2), pois, muitas das vezes, esses diferem dos objetivos dos profissionais, apresentando como consequência a desmotivação por ambas as partes. Neste âmbito, Hesbeen (2003, p. 127) refere que “o respeito pelo projeto de vida da pessoa implica que não se pense por ela,

portanto, que não se confunda o desejo de quem recebe cuidados e o desejo de quem os presta”. O EEER deve procurar agir, pautando-se pelas verdadeiras necessidades da pessoa e não apenas pelas necessidades em concreto, pois é nisto que consiste o respeito pela dignidade da pessoa cuidada (Deodato, 2016).

Deste modo, o AVC tem um grande impacto na vida da pessoa, causando um grande desequilíbrio entre o indivíduo e seu meio envolvente, confrontando-a com uma nova situação que poderá limitar o desempenho a nível pessoal, familiar, profissional e ainda social, apresentando como consequência uma diminuição da sua aptidão física e habilidade para o desempenho das suas AVD, desencadeando uma necessidade terapêutica de autocuidado.

As AVD constituem atividades como o autocuidado, comunicação e competências de mobilidade (...), que fazem parte do quotidiano da pessoa (Foeller, 2006). No âmbito da reabilitação, a OE (2011b, p. 1) define-as como o “atividades ou tarefas comuns que as pessoas desempenham de forma autónoma e rotineira no seu dia-a-dia” (OE, 2011b, p.2). Fricke (2010, citado pela OE, 2011b) subdivide-as em dois grupos (Quadro 2).

Quadro 2 – Subdivisão das Atividades de Vida Diária.

<b>AVD</b>	<b>Definição</b>
Atividades Básicas de Vida Diária ( <b>ABVD</b> )	Funções e estruturas do corpo envolvidas, tais como as atividades de participação para a sua execução. Estão descritas na literatura seis ABVD: higiene pessoal, controlo da eliminação vesical e intestinal e uso dos sanitários, vestuário, alimentação, locomoção e transferências.
Atividades Instrumentais de Vida Diária ( <b>AIVD</b> )	Atividades de maior complexidade que se referem à capacidade da pessoa para gerir o ambiente em que vive. Compreendem a preparação de refeições, a realização de tarefas domésticas, lavar a roupa, gerir o dinheiro, utilizar o telefone, gerir terapêutica, realizar compras, utilização dos meios de transporte, entre outras.

O treino das ABVD assume particular importância na promoção das atividades de autocuidado demonstrando-se fundamental para a reintegração sociofamiliar do indivíduo. Constitui uma forma de promoção da saúde, pelo que o EEER deve



estimular ao máximo a pessoa desenvolvendo estratégias em parceria, substituindo-a apenas naquilo que ela não consegue fazer sozinha, direcionando-a a conseguir ou manter o máximo de autonomia, no desempenho seguro das ABVD, de acordo com a sua nova condição motora e cognitiva (Rodrigues, 2008; Orem, 2001).

No âmbito desta temática Kvigne, Kirkevold e Gjengedal (2005) efetuaram um estudo onde incluíram 25 doentes com AVC recente. O programa de reabilitação implementado incluiu treino de higiene e vestir-se, preparação e confecção de alimentos em grupo e visitas prévias ao domicílio da pessoa. Verificou-se que estas contribuíram ativamente na promoção das atividades de autocuidado, aumento da sua autoestima e ainda na identificação e eliminação de barreiras arquitectónicas, o que consequentemente, permitiu um regresso ao domicílio de forma mais independente.

Segundo Walker et al. (2011), 54% dos indivíduos que sofreram um AVC são incapazes de se vestir de forma independente após seis meses e 36% nos dois anos seguintes. Para vários autores, as ABVD higiene e vestir constituem tarefas que requerem habilidades físicas e cognitivas de maior complexidade e difícil execução, necessitando de um período de reabilitação mais prolongado comparativamente às restantes ABVD (Kong e Lee, 2014; Hartman-Maeir, Soroker, Ring, Avni e Katz, 2007; Walker et al., 2011). O seu grau de exigência, aliado ao esforço acrescido, podem conduzir a situações de frustração e consequentemente à desmotivação da pessoa podendo comprometer a efetividade do programa de reabilitação implementado (Menoita et al., 2012), pelo que o EEER, deve recorrer ao reforço positivo, elogio relativamente aos progressos e ao esforço desenvolvido pela pessoa para os atingir (OE, 2011).

Por vezes torna-se necessário utilizar produtos de apoio (PA) nas ABVD, que devem ser adequados à realidade da pessoa e referenciados pelo EEER sempre que se preveja a sua utilização no domicílio. Esses são definidos como qualquer produto (dispositivos, equipamentos, instrumentos, tecnologia e *software*) disponível no mercado, destinados a prevenir, compensar, monitorizar, atenuar ou neutralizar as incapacidades, limitações na atividade ou restrições na participação (*International Organization for Standardization*, 2015).

Segundo a DGS (2011, p. 6) a reabilitação “é um processo centrado no doente, (...) que começa no dia após o AVC, com a finalidade de melhorar a funcionalidade e alcançar o maior nível de independência possível”. Neste, a família e pessoas

significativas devem ser incluídas, pois também elas se modificam e experienciam situações de estresse perante o aparecimento da doença, particularmente quando estes determinam situações de dependência, influenciando todo o processo de reabilitação (Martins, Martins e Martins, 2016). Aqui a educação para a saúde tem um papel primordial, na medida em que visa habilitar o doente na promoção da sua qualidade de vida e independência funcional, através da dotação de conhecimentos e capacidades instrumentais (OE, 2009), modificação de comportamentos e estilos de vida saudáveis. Neste contexto,

o EEER assume um papel estratégico na educação da pessoa e significativos, ensinando, instruindo e treinando técnicas promotoras para o autocuidado, numa perspectiva holística e personalizada que caracteriza os cuidados de ER. A sua intervenção visa a recuperação e adaptação funcional da pessoa e dos seus envolventes ao seu contexto de vida, garantindo assim o regresso da pessoa ao domicílio (OE, 2009; OE, 2011a).

Sabendo que o processo de reabilitação não se limita ao meio hospitalar, é prioritário uma boa articulação com a equipa multidisciplinar que se encontra na comunidade. No âmbito dos cuidados de saúde primários, o EEER trata-se do profissional ideal para dar continuidade ao programa de reabilitação previamente iniciado, garantindo desse modo, a continuidade dos cuidados. A sua intervenção “é vital na identificação das necessidades individuais, no desenvolver de uma base de conhecimentos sobre os recursos e serviços existentes na comunidade, na criação de métodos para avaliar os serviços e no planeamento de uma avaliação contínua na comunidade” (Hoeman, 2011, p. 132), garantindo uma resposta eficaz de acordo com as mudanças das necessidades individuais da pessoa.

A prestação de cuidados de ER nos diferentes contextos de cuidados, deve ser norteadada por um modelo teórico. O modelo do autocuidado revela-se “estruturante e de excelência para a otimização da qualidade do exercício profissional” (OE, 2011a, p.4), sendo o escolhido para orientar a minha intervenção e desenvolver competências à luz da teoria dos sistemas de enfermagem e da promoção do autocuidado. A Teoria de Enfermagem do Défice do Autocuidado, foi iniciada por Dorothea Orem em 1956, englobando três constructos teóricos interrelacionados: Teoria do Autocuidado, Teoria do défice de Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem (Orem, 2001).

Na Teoria do Autocuidado este é entendido como “a prática de atividades que os indivíduos iniciam e realizam em seu próprio benefício, para a manutenção da vida e

do bem-estar” (Orem, 2001, p. 43). Como componente central da teoria, a autora desenvolve ainda o conceito de três tipos de requisitos de autocuidado: universais, de desenvolvimento e de desvio da saúde (Orem, 2001).

A Teoria do Défice do Autocuidado, pretende definir os momentos em que os cuidados de enfermagem são necessários. A necessidade de intervenção do EEER é fundamental pelas limitações decorrentes do AVC centrando-se na minimização das sequelas que deste podem resultar (Petronilho, 2012).

Na Teoria dos Sistemas de Enfermagem, Orem (2001), enquadra as intervenções de enfermagem em três sistemas: 1) Sistema Totalmente Compensatório, onde o papel do EEER assume na totalidade as atividades que dão resposta à carência das atividades de autocuidado (Orem, 1995); 2) Sistema Parcialmente Compensatório, onde a pessoa realiza algumas tarefas de autocuidado, mas devido às suas limitações, ainda necessita da intervenção do EEER (Petronilho, 2012); e 3) Sistema de Apoio-Educação, onde a pessoa possui capacidades para execução das atividades de autocuidado, no entanto ainda precisa do EEER para apoio e realização de ensinamentos.

Para dar resposta às necessidades de autocuidado e no alcance da funcionalidade e maximização das capacidades da pessoa que sofreu AVC, o EEER pode desempenhar a sua ação recorrendo a estes três sistemas, sendo que essa irá depender do grau de incapacidade da pessoa, da sua motivação ou dos recursos disponíveis.

Após contextualização da temática em estudo e de modo a atingir as competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) (OE, 2010a) e as competências específicas do EEER (OE, 2010b) preconizadas pela OE que conferem o grau de especialista, articuladas com as explicitadas nos descritores de Dublin referentes ao 2º ciclo de formação, defini os seguintes objetivos para este percurso académico:

- Desenvolver competências de enfermeira especialista em ER, na área de reabilitação motora, sensorial e cognitiva, da pessoa com AVC, na promoção do autocuidado, maximizando o seu potencial.

- Desenvolver competências de enfermeira especialista em ER, à pessoa com alteração da funcionalidade a nível respiratório, da eliminação e da sexualidade, maximizando o seu potencial, com vista ao autocuidado.

Os objetivos referidos foram operacionalizados no decorrer do estágio, que teve a duração de 18 semanas, dividindo-se em dois contextos de aprendizagem, com a duração de 9 semanas cada. O primeiro período teve lugar de 26 de Setembro a 27 de Novembro, terminando a 27 de Novembro de 2016, tendo decorrido numa instituição pertencente ao distrito de Lisboa, de elevado prestígio na área da Medicina Física e Reabilitação. Esta apresenta como objetivos a promoção da máxima funcionalidade de cada indivíduo, valorizando e potenciando as suas capacidades, apoiando-o a refazer o seu projeto de vida. Relativamente ao serviço escolhido, este encontra-se vocacionado para a reabilitação sensorial e motora, apresentando grande especificidade no que respeita à pessoa com AVC, maioritariamente durante o período de convalescença (período de maior potencial de reabilitação), recebendo doentes maioritariamente com esta patologia. De modo a usufruir das potencialidades oferecidas pela instituição, tive a possibilidade, de durante uma semana, conhecer a realidade de um outro serviço, o Departamento de AVD. Esta unidade é constituída apenas por EEER, sendo responsáveis pelo ensino e treino de aspetos essenciais para o dia-a-dia, nomeadamente, o vestir/despir, cuidados de higiene, utilização da sanita, utilização do lavatório (higiene oral), barbear, maquilhar, atividades terapêuticas no leito, transferências entre superfícies, exercícios de equilíbrio de tronco e estudo e referenciação de PA (tábuas para a banheira, tábuas de transferências, rotativa para o duche, entre outros). Todas estas intervenções são realizadas numa sala ampla, sendo o seu espaço físico organizado em áreas específicas dentro do departamento.

Em contexto de enfermaria foi dado continuidade ao treino aqui iniciado, pelo que considero a escolha deste local de estágio de grande pertinência, principalmente no que concerne ao tema central deste relatório.

O segundo momento de aprendizagem decorreu numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) pertencente a uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), integrada num Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) do mesmo distrito. Este local de estágio permitiu-me demonstrar os contributos do EEER em contexto comunitário, uma área bastante distinta da minha realidade

profissional. A diversidade de patologias existentes permitiu-me desenvolver e consolidar competências no âmbito da reabilitação da pessoa com alterações cardiorrespiratórias, sensoriais, cognitivas e motoras.

A metodologia orientadora deste percurso de aprendizagem teve por base a análise e reflexão crítica tal como a realização de planos de cuidados nos diferentes contextos de estágio, tendo-me permitido repensar e reconfigurar o meu modo de agir e de um modo gradual, adquirir e consolidar conhecimentos.

Para desenvolvimento dos conceitos centrais deste relatório recorri à plataforma EBSCO, utilizando as bases de dados CINAHL e MEDLINE. Como principais palavras-chave utilizei: “Acidente Vascular Cerebral/*Stroke*”, “Enfermagem de Reabilitação/*Rehabilitation Nurse*”, “Autocuidado/*Self-care*”, “Atividades de Vida Diária/*Activities of Daily Living*”. Os termos de indexação foram definidos de acordo com cada uma das bases de dados. Procurei ainda recorrer à melhor evidência disponível em livros, artigos científicos, sites de entidades governamentais e não-governamentais. A mobilização de contributos teóricos das diferentes unidades curriculares e a minha experiência profissional também se revelaram fundamentais.

Estruturalmente é constituído por quatro partes. A Introdução, onde apresento a componente científica que suporta e fundamenta a temática do AVC, o processo de reabilitação, o autocuidado como filosofia de cuidados e onde defino objetivos gerais a alcançar neste percurso académico. A segunda parte elenca a descrição das atividades desenvolvidas, em função dos objetivos específicos e das competências comuns do EE e específicas do EEER preconizados pela OE e onde procuro efetuar a descrição, análise e reflexão da forma como estas foram alcançadas, relacionando-as com a ER. Segue-se a Avaliação do percurso formativo, onde realço as minhas principais dificuldades, limitações e os aspetos positivos e negativos deste percurso formativo. Por fim, apresento as Considerações Finais onde realizo uma análise global deste percurso de aprendizagem e a sua contribuição para o desenvolvimento profissional nesta área de especialização.

## **1. REALIZAÇÃO DE ATIVIDADES E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NA ÁREA DE ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

A crescente evolução operacionalizada no seio de qualquer profissão obriga-nos a um aperfeiçoamento e atualização sistemática dos conhecimentos, com vista à valorização dos profissionais e à otimização de recursos. A isto não se encontra alheia a profissão de enfermagem, que no processo de desenvolvimento profissional do enfermeiro implica que este, “tendo como objetivo uma melhor capacidade de resposta às necessidades dos cidadãos, opte por uma área de especialização (...), com inerente certificação das competências especializadas” (Barata, 2016, p. 123).

A OE (2010a, p. 2) define que o EE é o profissional com “conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão”. Este documento define quatro domínios de competências comuns, como aqueles que são transversais a todos os EE, independentemente da sua área de intervenção, nomeadamente: “responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (OE, 2010a, p. 2).

As competências específicas do EEER estão reguladas em documento próprio, o Regulamento das Competências Específicas do EEER, sendo elas:

“a) Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; b) Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; c) Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa” (OE, 2010b, p.2)

Importa referir que a formação, a prática e a sua reflexão devem ser encaradas como elementos integrantes do percurso de desenvolvimento de competências em ER (Barata, 2016), pois é este processo que “torna possível a tomada de decisão ética, essencial para que os cuidados sejam excelentes” (OE, 2015, p. 93).

Para atingir as competências comuns do EE e as específicas do EEER definidas pela OE, defini no Projeto de Formação objetivos específicos que foram operacionalizados no decorrer do estágio. Para cada um deles delineei atividades, identifiquei indicadores e recursos necessários com intuito de os alcançar.

Sabendo que existem atividades que contribuem para o desenvolvimento de competências para mais que um domínio, considerei mais adequado situar os objetivos 1, 2, 3 delineados no Projeto de Formação (Apêndice I), no “Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal” (OE, 2010a, p.4), situando no mesmo, a competência específica “J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais , ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados” (OE, 2010b, p. 2), pois o EEER, deve reger a sua prática de acordo com os princípios éticos e deontológicos da profissão. Para tal, é essencial um período de integração na instituição possibilitando a uniformização e qualidade dos cuidados prestados.

O “Domínio da Melhoria da Qualidade” (OE, 2010a, p. 6) envolve a análise e revisão das práticas, avaliando a qualidade e implementando programas de melhoria (OE, 2010a). Este é transversal às competências específicas do EEER, principalmente à “J2 - Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania” (OE, 2010b, p. 4). Assim, considerei pertinente analisar os objetivos 4, 5, 6, 7 e 8 à luz dos domínios e competências referidas, pois na prestação de cuidados à pessoa, pretendi implementar programas individualizados de reabilitação, recorrendo aos PA que considerei mais adequados e sempre que necessário, de modo a prepará-la para o autocuidado, reinserção social e profissional.

O “Domínio da Gestão de Cuidados” (OE, 2010a, p.7), refere-se à otimização das respostas de enfermagem e da equipa multidisciplinar, garantindo a segurança e a qualidade das tarefas delegadas (OE, 2010). Este domínio é transversal às competências do EEER nomeadamente à “J3 - Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa” (OE, 2010b, p. 4). Assim, com os objetivos 9 e 10, pretendi implementar programas de reabilitação individualizados, procedendo ao planeamento dos cuidados e avaliando os resultados, delegando e supervisionando os cuidados delegados.

No domínio das aprendizagens profissionais, defini os dois últimos objetivos (11,12), que pretendem demonstrar capacidade de autoconhecimento, central em toda a prática de enfermagem (OE, 2010a).

Na continuidade do acima referido, esta segunda parte do relatório, pretende descrever, analisar e refletir sobre o percurso de aprendizagem norteado pelos objetivos inicialmente propostos e que me permitiram atingir as competências na área de especialidade de ER.

### 1.1. Domínio da Responsabilidade, Ética e Legal e Competências Específicas do EEER

Quadro 3 – Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal.

Competências Comuns e Específicas
Competência A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.
Competência A2 – Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.
Competência J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.

Na profissão de Enfermagem e particularmente em ER, a “ética sugere uma reflexão do enfermeiro de si próprio e no modo como exerce a sua profissão, procurando os valores e princípios que justificam as suas ações no seu exercício profissional, visando o respeito integral e dignidade pela pessoa cuidada” (Deodato, 2016, p. 35). Assim, no desenvolvimento das suas funções o EEER deve desenvolver um exercício seguro e profissional utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica, na avaliação sistemática das melhores práticas e preferências do doente (OE, 2010a).

Visando a uniformização e prestação de cuidados com segurança e qualidade, considere-se essencial **integrar de forma progressiva na equipa multidisciplinar, compreendendo a intervenção do EEER nos dois contextos de cuidados distintos (Objetivo (Obj) 1)**. Assim, de modo a compreender se os locais de estágio selecionados apresentavam potencial para dar resposta aos objetivos por mim delineados, foram realizadas visitas prévias aos serviços e entrevistas informais a duas EEER pertencentes ao Centro de Reabilitação e à ECCI, encontrando-se expostas no Projeto de Formação (Apêndice I).

No Centro de Reabilitação, de modo a entender a dinâmica da equipa multidisciplinar e o papel do EEER, numa fase inicial assumi um papel maioritariamente de observação. Para compreender a organização e o funcionamento do serviço, foi importante consultar as normas e os procedimentos vigentes, os projetos em curso, os instrumentos de avaliação utilizados e ainda a metodologia dos registos de enfermagem efetuados. Este período permitiu-me



também, compreender os recursos humanos, físicos e materiais existentes e essenciais na prestação de cuidados gerais e especializados em ER.

Apesar deste local de estágio se encontrar inserido num contexto de internamento, tal como no meu local de trabalho, conferi que o seu funcionamento e a tipologia de doentes eram um pouco distintos, pelo que inicialmente senti algum desconforto e insegurança. As principais diferenças apoiaram-se nas suas rotinas diárias e na elaboração dos registos de enfermagem em suporte de papel.

De modo a ultrapassar as dificuldades sentidas procurei junto da Enfermeira Orientadora e restantes elementos da equipa, compreender as rotinas do serviço e dos doentes. Entendi que no período da manhã eram contempladas a maioria das atividades terapêuticas nos vários departamentos (departamento de AVD, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, entre outros), sendo importante que o enfermeiro responsável pelo doente adaptasse os cuidados a prestar, aos seus horários. Para tal, no início do turno procurei consultar o mapa de atividades planeadas e dessa forma planear os cuidados de ER a prestar.

Uma vez que na instituição onde exerço funções os registos e a nota de alta de enfermagem são elaborados em suporte informático, tive que me adaptar ao suporte de papel. A EEER que orientou o meu estágio efetuava registos bastante completos, no entanto verifiquei que na maioria das vezes a sua elaboração pelos restantes colegas era um pouco limitada, dificultando a compreensão da evolução do doente, podendo comprometer a continuidade e a segurança dos cuidados. Pestana (2016) relaciona a excelência dos cuidados com a qualidade da informação disponível, pelo que os enfermeiros devem elaborar registos que evidenciem os cuidados prestados, os diagnósticos, as intervenções e os resultados obtidos. Para mim estes são de extrema importância para uma prestação de cuidados com qualidade, uma vez que constituem um elemento de reflexão da nossa prática, contribuindo ativamente para a continuidade, segurança dos cuidados e ainda para visibilidade do trabalho prestado. Para colmatar esta dificuldade, procurei realiza-los de forma rigorosa, com linguagem adequada e ao serem utilizados pelos restantes colegas constituíssem um suporte facilitador na tomada de decisão.

Durante este período também observei que a intervenção do EEER é determinante, pois este é capaz de identificar as necessidades da pessoa a todos os níveis, prestando, em parceria com toda a equipa multidisciplinar, cuidados especializados em ER. Constitui um elemento de apoio aos enfermeiros generalistas

pelo que é obrigatória a sua presença em cada turno (à exceção do turno da noite), sendo frequentemente solicitado na tomada de decisões complexas e específicas relativas aos cuidados prestados a cada doente e família.

O apoio demonstrado pela equipa, contribuiu para a minha crescente autonomia, que se traduziu numa atitude gradualmente mais interventiva. Assim, foi importante apreender a informação transmitida pelos colegas na passagem de turno, realizando uma avaliação integral do doente, recorrendo ao seu processo clínico e exames diagnósticos, que me permitissem planear os cuidados de ER a prestar ao longo do turno.

A experiência vivenciada no Centro de Reabilitação, constituiu um alicerce facilitador no que respeita à integração na ECCI. No entanto a prestação de cuidados em contexto comunitário mostrou-se bastante distinta do meu contexto profissional, pelo que senti necessidade de consultar legislação vigente, relativa à organização dos ACES pertencentes ao Serviço Nacional de Saúde, e compreender o modo como se integra a ECCI na RNCCI (Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados), tal como a terminologia utilizada relativa às diferentes unidades de apoio existentes. Em prol das necessidades identificadas, elaborei um Jornal de Aprendizagem (JA) (Apêndice II), onde reuni e analisei documentação de suporte, selecionando a mais relevante para a sua construção.

De toda a informação consultada importa reter que a RNCCI pretende “dar resposta às necessidades de saúde decorrentes do envelhecimento progressivo da população e do aumento da prevalência de pessoas com doença crónica incapacitante necessitando de respostas ajustadas que promovam a reintegração na família e comunidade” (OE, 2009, p.17). Os seus objetivos centram-se na manutenção da pessoa com perda da funcionalidade, no apoio aos prestadores de cuidados e na articulação com outros serviços da rede, prevenindo as lacunas, que possam comprometer o bem estar e a qualidade de vida das pessoas (Decreto-lei 101/2006 de 6 de Junho, artigo 4º).

Segundo um referencial relativo à RNCCI, solicitado pelo Conselho de Enfermagem, todas as unidades e equipas domiciliárias devem estar dotadas de EE, nomeadamente de EEER, pois a sua intervenção é dirigida “à recuperação e à adaptação (...) funcional da pessoa e ao treino do prestador de cuidados, com objetivos de preparar o regresso a casa” (OE, 2009, p. 22). Neste modelo de cuidados, este profissional tem um “papel *pivot* na equipa multiprofissional,

determinantes no processo de cuidados, na reabilitação, na readaptação e na reintegração das pessoas dependentes no ambiente familiar” (OE, 2009, p. 24), de que resultam ganhos em saúde. Destacando-se a intervenção do EEER na comunidade, justifica-se a escolha deste local de estágio, que podendo integrar em várias unidades/equipas da rede, decorreu numa ECCI.

A presente ECCI presta cuidados a cerca de vinte doentes em regime domiciliário, sendo constituída por uma equipa multidisciplinar de três EEER, um EE em Enfermagem Médico Cirúrgica, um EE em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, uma médica, duas assistentes sociais e duas psicólogas. Cada EE é responsável pela gestão de caso de cinco doentes e realiza quatro visitas domiciliárias (VD) diárias, com duração variável, sendo a média, uma hora por sessão. A ação do EEER é primordial na promoção da saúde e prevenção da doença/morbilidade, junto dos indivíduos, família e/ou cuidadores. Este assume um papel fulcral na avaliação da necessidade de utilização de PA, essenciais na promoção da autonomia, na avaliação das condições habitacionais e na orientação para alteração das estruturas físicas (Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação, 2010).

Na prestação de cuidados em contexto comunitário um dos aspetos que verifiquei foi a relação de proximidade existente entre o EEER e o doente/família/cuidador. A pessoa cuidada nem sempre dá primazia aos conhecimentos teóricos e à componente técnica, privilegiando a componente relacional. O profissional é reconhecido como um parceiro, encontrando-se numa posição privilegiada para identificação dos reais problemas do doente destacando-se a prestação de cuidados de forma holística, em detrimento do modelo biomédico, que atualmente ainda se verifica a nível hospitalar. Para ilustrar o referido, saliento o caso de uma doente de 65 anos, que residia só, tendo sido submetida a Artroplastia Total da Anca (ATA) esquerda em Novembro de 2016, sendo referenciada para ECCI para realização de reabilitação motora, com o objetivo de restabelecer a autonomia na marcha e nas suas atividades de autocuidado. Na avaliação do Índice de *Barthel* verifiquei que esta apresentava um grau de dependência leve (75 pontos), necessitando de ajuda de terceiros (apoio domiciliário) para as ABVD, higiene e vestir-se. Na avaliação da força muscular em todos os movimentos dos segmentos corporais através da *Medical Research Council*, apenas foram

verificadas alterações ao nível dos segmentos do membro inferior esquerdo (4/5). Apresentava equilíbrio estático e dinâmico sentada e na posição de pé.

Tive logo oportunidade de intervir junto da mesma, inicialmente sob orientação da Enfermeira Orientadora e posteriormente com maior autonomia. As intervenções que tive oportunidade de implementar constituíram exercícios para fortalecimento muscular com mobilizações ativas de todos os movimentos dos segmentos corporais à exceção do membro inferior esquerdo, onde foram realizadas mobilizações ativas-assistidas. Progressivamente foi introduzido o treino de subir e descer escadas e posteriormente, treino de marcha que executava com eficácia. Foi também realizado ensino sobre movimentos que esta não deveria fazer (flexão da coxo-femoral acima dos 90° e adução além da linha média do corpo), treino de entrar e sair do carro e também sobre estratégias a adotar nas suas atividades de autocuidado, nomeadamente o vestir-se e a higiene. Ao longo do programa de reabilitação implementado esta foi adquirindo maior autonomia, alcançando os objetivos definidos no Plano Individual de Intervenção (PII), pelo que foi programada a sua alta da ECCI. Quando abordada relativamente a esta temática, foi notória a sua tristeza, mencionando que via em nós um grande apoio e que já nos considerava parte da família, receando sentir-se novamente só. De modo a contornar esta situação, foi adotado um “desmame” progressivo na realização de VD semanais, integrando-a num projeto pertencente ao Centro de Saúde, orientado por duas EEER, denominado de Academia da Mobilidade, que fomenta a atividade física na terceira idade, minimizando situações de isolamento da pessoa.

No que concerne aos registos de enfermagem, estes eram efetuadas no programa *SClínico* e no aplicativo da RNCCI, o *Gestcare* CCI. Apesar de no meu local de trabalho também ser utilizado o *SClínico* deparei-me com algumas diferenças que necessitaram de adaptação e desenvolvimento de alguma perícia na sua utilização.

Na profissão de enfermagem e particularmente na área de ER, é necessário o **desenvolvimento de uma prática profissional, tendo em conta os princípios éticos e deontológicos que regem a profissão (Obj. 2)**. Segundo Deodato (2016, p. 36) “o EEER assume as suas especificidades face às pessoas que assiste (...), mas os princípios, os valores (...), assim como os deveres deontológicos, devem ser universais, independentemente do contexto de cuidado”. A OE (2006) recomenda que o enfermeiro deve exercer a profissão com adequados conhecimentos técnicos

e científicos adotando medidas que visem a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem permitindo-os tomar decisões de forma segura e responsável. Deste modo, no processo de tomada de decisão ética e deontológica (OE, 2010a) e na procura da melhoria do exercício profissional de enfermagem, as intervenções do enfermeiro devem reger-se por guias orientadores da boa prática de cuidados (OE, 2001), nomeadamente, o Código Deontológico, onde se destacam princípios éticos e valores universais orientadores da prática de enfermagem, tais como: o respeito pela dignidade humana, pela autonomia, pela igualdade, a liberdade responsável, a verdade e justiça, o altruísmo e solidariedade, a competência e o aperfeiçoamento profissional (OE, 2015).

No Centro de Reabilitação, verifiquei que a pessoa que sofreu AVC apresentava grandes alterações da sua funcionalidade, traduzindo-se em limitações motoras e sensoriais, problemas de compreensão, sociais e emocionais (OMS, 2003). Perante as dificuldades experimentadas, em todas as situações de cuidados procurei compreender as suas verdadeiras necessidades, planeando os mesmos, recorrendo à negociação e tendo sempre em conta a sua vontade, as suas crenças pessoais e religiosas, os seus valores e os seus projetos de vida. Preservei para cada doente a sua intimidade, privacidade e individualidade, promovendo a humanização dos cuidados prestados e respeitando a dignidade pela pessoa assistida, o verdadeiro pilar dos princípios éticos em enfermagem (OE, 2015).

No âmbito desta temática, relembro uma situação de cuidados na ECCL, a uma doente de 84 anos, com o diagnóstico de fractura do cólo do fémur à esquerda, tendo sido referenciada para recuperação da marcha. Inicialmente, o seu gestor de caso não era a enfermeira que orientava o meu estágio, mas pela equipa anterior não ter conseguido cooperação por parte do marido (cuidador), foi-nos proposta colaboração. A fraca adesão do mesmo, justificava-se pelo facto de anteriormente, durante uma VD, a esposa ter apresentado uma intercorrência, necessitando de internamento hospitalar. No primeiro contacto com o cuidador, foi notória a sua revolta, apresentando-se bastante agressivo, despertando em mim alguma angústia e insegurança. Contrariamente, a senhora foi muito receptiva à nossa presença.

Esta situação fez-me refletir sobre algumas questões éticas subjacentes ao processo de reabilitação, emergindo em mim algumas questões: Que estratégias adotar perante um cuidador que recusa a presença do EEER? Que legitimidade tem ele para decidir se devo ou não prestar cuidados ao seu familiar? E quando a

pessoa cuidada não apresenta capacidades para tomar decisões acerca dos cuidados que pretende, que atitude tomar?

Em primeiro lugar, considerei premente ir ao encontro das necessidades desta família, tentando que este tivesse como resultado, a criação de laços de confiança. Assim, no decorrer das visitas, a escuta ativa, a empatia, o respeito e a autenticidade, foram estratégias bastante eficazes, na medida em que me permitiram compreender as suas expectativas, facilitando a resposta às suas necessidades e dificuldades. Foi ainda necessário recorrer à negociação, e a adoção de uma postural flexível perante as indicações dadas, que por si só, contribuíram para a adesão e efetivação do programa de reabilitação implementado.

O EEER deve validar continuamente o seu plano de cuidados com a pessoa assistida, assumindo a família como cúmplice no cuidar, pois é esta que se encontra mais próxima do doente (Branco e Santos, 2010). Quando a pessoa não apresenta capacidade para tomar decisões acerca dos cuidados pretendidos, cabe ao enfermeiro assumir a responsabilidade redobrada na procura do melhor cuidado de enfermagem, devendo tomar decisões na defesa do melhor interesse da pessoa assistida (Deodato, 2016). Assim, na promoção de uma prática segura e responsável foi essencial a recolha e a análise de informação disponibilizada no processo clínico da doente, a reflexão sobre a minha ação, a partilha de conhecimentos com toda a equipa multidisciplinar e especialmente, a inclusão deste cuidador em todo o processo de cuidados. Esta situação constituiu alvo de reflexão, encontrando-se espelhada em JA (Apêndice XI).

Foi ainda na comunidade que a autonomia na tomada de decisão se revelou mais complexa. Se no Centro de Reabilitação dispunha dos recursos humanos e materiais essenciais à prestação de cuidados, na ECCI isto nem sempre se verificou, exigindo da minha parte uma maior sensibilidade. Apesar do processo clínico se encontrar acessível, nem sempre dispunha de exames ou análises atualizadas, sendo necessário um “olhar mais profundo” e individualizado relativo à pessoa, sujeito de cuidados. Inicialmente senti alguma insegurança, principalmente pela inacessibilidade de outros profissionais de saúde, como médicos, assistente social ou mesmo outros enfermeiros, pelo que foi importante a discussão de situações clínicas e a boa relação estabelecida com a Enfermeira Orientadora e restante equipa, que me fizeram compreender que na comunidade o Enfermeiro não se encontra “sozinho”, mas na articulação com outros profissionais necessita

compreender a organização e o funcionamento dos Cuidados de Saúde Primários, para que na sua intervenção possa beneficiar dos recursos disponíveis.

Foi também necessária uma boa capacidade de improvisação e adaptação, principalmente no que respeita às condições estruturais e habitacionais, algo a que não estava familiarizada. Em vários momentos realizei treino de marcha em apartamentos de tipologia T0 sem acesso a elevador ou por vezes esse, ao ser planeado na rua, tinha de ser alterado devido a condições climatéricas. Também vivenciei situações passíveis de comprometer o princípio da dinâmica corporal, nomeadamente a prestação de cuidados em camas não articuladas, sem rodas ou mesmo encostadas à parede.

Tomar decisões em enfermagem pode ser um caminho para a profissionalização e autonomia da profissão (Ribeiro, 2011), pois esta só será autónoma se conseguir “decidir e responsabilizar-se sobre as decisões que toma e sobre os resultados que consegue com essas decisões” (Neves, 2002, p. 25). A autonomia na tomada de decisão foi crescente ao longo do estágio. Ribeiro (2011) refere que na sua conquista o profissional deve assumir responsabilidade nas decisões tomadas, o que exigiu da minha parte o desenvolvimento de uma prática profissional baseada nos valores éticos da profissão, na atualização contínua de conhecimentos nesta área de especialização e ainda na experiência desenvolvida ao longo deste período.

Na continuidade do processo de aquisição de competências delineei como objetivo, **prestar cuidados de ER à pessoa com alterações sensório-motoras, e/ou com alterações da eliminação e/ou com patologia respiratória, maximizando o seu potencial, com vista ao autocuidado (Obj. 3).**

O EEER, enquanto profissional com um conhecimento aprofundado na área de enfermagem de reabilitação (OE, 2010a), integra um corpo de conhecimentos e procedimentos que lhe permite cuidar de pessoas com necessidades específicas, em todos os contextos da prática de cuidados (OE, 2010b). A sua tomada de decisão baseia-se na concepção, implementação, monitorização e avaliação de programas de reabilitação diferenciados (OE, 2011), que se desenrolam em várias etapas: recolha de dados, identificação dos problemas, estabelecimento de objetivos, implementação de intervenções específicas, avaliação dos resultados, preparação para a alta, identificação de novas intervenções ou finalização do programa de reabilitação (Gowland e Basmajian, 1996 citado por Queiróz e Araújo, 2009). Para este efeito, em ambos os locais de estágio, foi elaborado por mim um

guia orientador que permitiu sistematizar o meu pensamento no que respeita à prestação de cuidados de ER nos vários contextos de cuidados e de onde emergiram os Processos de Enfermagem de Reabilitação (PER).

A elaboração do guia referido teve por base: os documentos orientadores dos registos, implementado em cada local de estágio; as orientações de Menoita et al., 2012, que preconiza que na individualização dos cuidados de ER deve ser feita uma avaliação completa da pessoa; e ainda, os pressupostos da Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado, de Dorothea Orem, que distingue o padrão anterior e o atual de autocuidado, permitindo ao EEER a identificação dos problemas da pessoa e, assim o estabelecimento de intervenções capazes de dar resposta aos mesmos.

O processo de reabilitação enquadrado numa dimensão holística do desenvolvimento humano, deve ser iniciado logo após a ocorrência de alterações na vida da pessoa (Santos, 2016), pelo que a sua implementação “surge no caminho da dependência/independência, em todas as AVD alteradas, com objetivos validados com a pessoa e familiares/cuidadores” (Santos, 2016, p. 17). Assim, antes do estabelecimento de um programa de Reabilitação é imperiosa a realização de uma avaliação inicial (Hoeman, 2011).

No Centro de Reabilitação, esta foi obtida através da consulta do processo clínico do doente, dos exames auxiliares de diagnóstico e verificação de análises, sendo dado ênfase à observação e à entrevista realizada à pessoa. O recurso constante à consulta dos registos médicos e de enfermagem tal como, a partilha de informação com a equipa multidisciplinar constituíram uma mais valia.

A organização do serviço permitia um horário de visita alargado (13h-14h e das 16h-20h) o que facilitou a inclusão da família/cuidador neste processo. Foram contemplados aspectos como a “identificação da pessoa, fatores de risco, focos de atenção e sua evolução, antecedentes pessoais e familiares, história social, hábitos de vida e condições habitacionais, qualidade de vida afectada e suas dimensões”, que de acordo Menoita et al. (2012, p. 40), constituem factores determinantes na realização de uma recolha de dados completa.

A prestação de cuidados neste serviço incidiu predominantemente em pessoas com sequelas resultantes de patologias do foro neurológico, encontrando-se em especial destaque a pessoa que sofreu AVC, pelo que os cuidados de ER se focaram nas áreas sensório motoras, cognitivas, de alimentação e eliminação.



Para identificação dos requisitos universais de autocuidado alterados, elaborei uma apreciação individualizada da pessoa. O exame físico contemplou uma avaliação neurológica minuciosa, que procurei realizar num local tranquilo. Este incluiu a avaliação do estado de consciência, da força e tônus muscular, da coordenação motora, sensibilidade, equilíbrio e da marcha (Branco e Santos, 2010).

Na ECCI, a recolha de dados através da entrevista foi facilitada, pois a família ou o cuidador encontrava-se sempre presentes. Se no Centro de Reabilitação o exame físico e a observação contribuíram para a melhoria desses dados, aqui esse processo, ao ser desenvolvido no domicílio da pessoa, foi facilitado, principalmente no que se refere aos dados relativos ao seu contexto social e habitacional.

As principais dificuldades centraram-se no estabelecimento do trabalho em equipa, que em muitos casos, foi limitado a reuniões quinzenais. Por vezes surgiram situações de cuidados que necessitaram de discussão, por contacto telefónico ou presencial, com outros elementos da equipa multidisciplinar, exigindo a nossa deslocação às diversas instituições implicadas. O recurso a exames auxiliares de diagnóstico e análises do doente nem sempre eram recentes, encontrando-se muitas vezes dispersos. Apesar das limitações encontradas, este contexto de cuidados permitiu um contacto mais próximo com a pessoa e sua família, fazendo-me compreender que esses constituem elementos essenciais na continuidade dos cuidados desenvolvidos pela equipa de enfermagem e, desse modo, na promoção das atividades de autocuidado da pessoa que se encontra em situação de dependência.

Neste local de estágio, a prestação de cuidados de ER foi bastante diversificada, centrando-se em pessoas com alterações do foro respiratório, sensório motoras e de eliminação. Assim, pude prestar cuidados a pessoas com alterações da funcionalidade resultantes de patologias, tais como, Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), AVC, Prótese Total da Anca (PTA), Prótese Total do Joelho, demências, Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC), paraplegias, entre outras.

Na orientação do processo de reabilitação e em ambos os locais de estágio, recorri à utilização de instrumentos de avaliação, que segundo Hoeman (2011) constituem uma mais-valia na avaliação da incapacidade, monitorização dos progressos, melhoria da comunicação com a equipa multidisciplinar, medição da eficácia e dos benefícios das intervenções de enfermagem, bem como na documentação e continuidade dos cuidados. Os instrumentos de avaliação mais

utilizados foram a Escala de *Ashworth*, para avaliação do tônus muscular, a *Medical Research Council*, para avaliação da força muscular, a Escala Modificada de *Borg*, para avaliação da dispneia, a Escala de *Braden*, para avaliação do risco de desenvolvimento de Úlceras por Pressão, a Escala de *Morse*, para avaliação do risco de queda, o Índice de *Barthel* e a escala de Medida de Independência Funcional (MIF), para avaliação do grau de dependência da pessoa na realização das ABVD sendo a última, também utilizada na avaliação da comunicação e cognição social. Os instrumentos mencionados encontram-se espelhados nos PER (Apêndice III e Apêndice IV), que perspectivam uma progressiva independência na capacidade da pessoa para o autocuidado.

Mediante a análise, interpretação dos dados e identificação das necessidades de cuidados da pessoa, consegui estabelecer os diagnósticos de ER e definir um programa de reabilitação individualizado. A sua elaboração foi norteada de acordo com os requisitos universais de autocuidado alterados.

Devido a alterações da mobilidade, a capacidade funcional da pessoa com AVC pode encontrar-se comprometida e, conseqüentemente a realização das AVD, requerendo a prestação de cuidadores. Assim, no Centro de Reabilitação, os requisitos de autocuidado (segundo o modelo Conceptual de Orem), mais frequentemente alterados foram a “Manutenção do equilíbrio entre a atividade e o repouso” e a “Prevenção de perigos à vida humana, ao funcionamento e ao bem-estar do ser humano”.

Relativamente ao estágio efetuado na ECCI, para além das alterações nos requisitos universais já mencionados, verifiquei ainda alterações noutros requisitos universais, nomeadamente a “Manutenção de uma quantidade suficiente de ar”, estando esta relacionada em doentes que apresentavam como sintoma a dispneia, que também pode condicionar a capacidade da pessoa na realização das ABVD. Os planos de cuidados foram implementados de acordo com as necessidades, a capacidade de colaboração e as preferências dos doentes.

No Centro de Reabilitação, os planos de cuidados (Apêndice III) contemplaram exercícios de reeducação sensório motora, cognitiva, de alimentação e eliminação. Na ECCI, apesar destes se encontrarem direcionados para a reeducação das funções referidas, também foram desenvolvidos exercícios de reeducação da função cardiorrespiratória (Apêndice IV), que constituíram uma mais-valia para o processo de aquisição de competências na área da ER.

## 1.2. Domínio da Melhoria da Qualidade e Competências Específicas do EEER

Para desenvolvimento de competências no que respeita a este domínio, é prioritário reconhecer que a melhoria da qualidade envolve análise e revisão das práticas, implementando programas de melhoria contínua, garantindo a segurança e qualidade dos cuidados (OE, 2010a). Este é transversal às competências específicas do EEER, principalmente no que respeita à capacitação da pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania (OE, 2010b). Assim, será exposto o percurso de atividades que permitiu o desenvolvimento de competências descritas no Quadro 4.

Quadro 4 – Domínio da Melhoria da Qualidade

Competências Comuns e Específicas
Competência B1 – Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.
Competência B2 – Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.
Competência B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.
Competência J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.

Para melhoria da qualidade dos cuidados e da minha capacidade de aprendizagem, não bastou apenas retirar dúvidas com os profissionais, mas ainda um investimento na formação de forma contínua. A OE, refere que o Enfermeiro deve “exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos (...), adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (OE, 2015a, p. 31). No Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em ER, é reforçada a ideia que o EEER deve orientar a sua prática baseando-se na melhor evidência disponível, visando a melhoria contínua da qualidade no seu exercício profissional e nos cuidados prestados (OE, 2011a). Neste âmbito, durante o período de estágio procurei **ampliar conhecimentos na área de prestação de cuidados de ER à pessoa com AVC, que me permitissem a mobilização e utilização da melhor evidência possível (Obj. 4).**

De forma a consolidar e adquirir novas aprendizagens, recorri à bibliografia disponível em livros, revistas, artigos científicos, sites de entidades governamentais e não governamentais e ainda bases de dados fidedignas. Apesar de ter revisto várias técnicas e conceitos na área da ER, o meu estudo foi direccionado, para o desenvolvimento de conhecimentos técnicos e científicos na área do AVC, a temática central deste relatório.

As organizações que atribuem maior valor à sociedade não são apenas as que dispõem de serviços mais apetecíveis ou necessários, mas sim aquelas cujos trabalhadores estão melhor preparados (DGS e Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar, 2016). Importa assim “dar resposta às crescentes exigências da prestação de cuidados nas instituições de saúde” (DGS e Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar, 2016, p. 7), sendo importante que os profissionais estejam capacitados para a criação e implementação de programas de melhoria, pelo que em ambos os locais de estágio, **participei na implementação de projetos e programas de saúde, de melhoria da qualidade, na prestação de cuidados de ER (Obj. 5)**. Sabendo que os projetos de melhoria a ser implementados vão depender de cada contexto de cuidados, procurei em cada local de estágio, junto das Enfermeiras Orientadoras, identificar as necessidades presentes em cada serviço.

No primeiro campo de estágio não foi identificada nenhuma necessidade passível de desenvolver, mas pude assistir a uma sessão de formação referente ao “*Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*”, que foi direccionada aos enfermeiros do serviço. O seu objetivo visava sobretudo a padronização da documentação dos cuidados especializados em ER, sendo este um elemento de referência para a tomada de decisão e para o desenvolvimento da ER, assim como um instrumento válido, facilitador na recolha de dados e de suporte à produção de indicadores nesta área (OE, 2015b).

Durante o estágio realizado na ECCL, também tive oportunidade de frequentar uma formação relativa à “*Viabilidade e Tratamento de Feridas*” que apesar de não estar completamente relacionado com a ER, constituiu uma mais valia, não só neste contexto, mas também na minha realidade profissional, contribuindo assim, para a melhoria dos cuidados prestados.

Relacionado com a ER, não se encontrava a ser implementado nenhum projeto de melhoria, pois os elementos da equipa multidisciplinar consideravam não haver carência nesta área. No entanto, ao longo do estágio fui identificando diversas necessidades individuais, que mediante discussão com a Enfermeira Orientadora, procurei dar resposta. Assim, tive oportunidade de criar um guia de orientação para o cuidador, relativo aos cuidados a adotar com a sonda vesical (Apêndice V) e sobre alimentação (Apêndice VI). A necessidade de elaboração destes documentos deveu-se a uma situação concreta de cuidados. Tratava-se de uma doente de 65 anos, com doença de Alzheimer, encontrando-se totalmente dependente na realização das suas atividades de autocuidado, encontrando-se confinada ao leito. Tinha integrado na ECCI para reabilitação cognitiva e motora, no entanto, ao longo das visitas domiciliárias verifiquei que o marido (principal cuidador), apresentava fracos conhecimentos no que respeita à manutenção do dispositivo urinário (colocado para evitar contacto de urina com a ferida que esta apresentava na região sagrada) e à dieta que esta deveria adotar. Para complementar os ensinamentos efetuados a este cuidador, considerei pertinente a elaboração dos referidos guias, que demonstraram ser uma mais-valia para a sua aprendizagem. Verifiquei que outros cuidadores apresentavam iguais carências, pelo que ambos os instrumentos foram implementados no serviço, sendo bem aceites pela equipa de enfermagem.

Durante o estágio foi bastante frequente prestar cuidados de ER à pessoa submetida a Artroplastia Total da Anca (ATA). Em Portugal, a investigação tem demonstrado “evidência de ganhos sensíveis à intervenção desta especialidade, nomeadamente, aumento da força e amplitude de movimento articular, diminuição da dor, melhoria do equilíbrio, melhor desempenho na realização das ABVD e na qualidade de vida” (Sousa e Carvalho, 2016) da pessoa. Neste âmbito, elaborei e implementei no serviço, um guia de apoio à pessoa e cuidador, onde foram espelhadas recomendações e exercícios a realizar no domicílio relacionados com esta temática (Apêndice VII).

Após verificar a necessidade de um manual que facilitasse os profissionais, o doente, o cuidador ou familiar, na escolha de um Produto de Apoio (PA) mais adequado para si, e por ao longo do estágio se ter verificado constituir uma necessidade do serviço, elaborei e implementei no mesmo, um “*Manual de Produtos de Apoio*” (Apêndice VIII), que mediante apresentação, foi muito bem aceite pela equipa e doentes pertencentes à ECCI. Numa fase inicial, foi necessário ler a

legislação vigente referente a esta temática, nomeadamente: a Portaria n.º 78/2015 de 17 de Março, Despacho n.º 7197/2016 de 1 de Junho, Portaria n.º 192/2014 de 26 de Novembro e a Lei n.º 38/2004 de 18 de Agosto. Compreendi que em Portugal, o Sistema de Atribuição de PA tem como referência o constante na Norma ISO 9999:2007, que estabelece uma classificação internacional dos PA produzidos. Existe também uma lista homologada dos mesmos, publicada no Despacho n.º 7197/2016 de 1 de Junho em Anexo I, e pela qual me segui para elaboração desse manual. Assim, considereei pertinente apresentar o PA e o código ISO correspondente, recorrendo a uma breve descrição e utilizando imagens ilustrativas do mesmo, facilitando a pessoa na sua escolha.

No âmbito da melhoria de cuidados é fundamental **“promover um ambiente terapêutico e seguro, na prestação de cuidados de ER à pessoa e sua família/cuidador” (Obj. 6)**. Atendendo ao objetivo delineado, emerge uma questão central: “o que fazer e como fazer para que os cuidados que prestamos comportem o menor risco possível, ou seja, sejam mais seguros?” (Oliveira, 2007, p. 14). Em primeiro lugar, é imperativo que o ciclo de melhoria contínua da qualidade, aplicada à segurança dos doentes, identifique, avalie e hierarquize os riscos, identificando as ações de melhoria a desencadear (DGS, 2015). Por outro, deve-se compreender que a gestão do risco constitui um processo coletivo, que visa garantir a maior segurança do doente, evitando incidentes, que na maioria das vezes, ocorrem devido a defeitos de organização, coordenação ou comunicação, suscetíveis de comprometer a qualidade do Serviço Nacional de Saúde (DGS, 2015). Das estratégias de intervenção adotadas pelo Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 destacam-se:

a melhoria na informação e educação dos profissionais de saúde e cidadãos, a melhoria na comunicação dentro e entre as instituições, a prevenção de infeções no ambiente cirúrgico, a segurança na utilização da medicação, a identificação inequívoca do doente, a prevenção de quedas e de úlceras por pressão e a notificação e prevenção de incidentes (DGS, 2016b).

A maioria dos doentes que integram o Centro de Reabilitação (tal como na ECCI) são referenciados mediante equipa de gestão de altas do hospital em que se encontram internados. No entanto, a comunicação entre as instituições resume-se na maioria das vezes, a uma nota de alta onde nem sempre vem espelhado o programa de reabilitação já iniciado, podendo constituir um processo de risco. Penso que fosse importante a implementação de protocolos entre as diversas instituições,

que contribuíssem para a continuidade de cuidados e dessa forma, minimizassem a ocorrência de erros.

No que respeita à transmissão da informação dentro da instituição, verifiquei que a passagem de turno entre os enfermeiros é bastante completa, sendo referidas informações pertinentes no que respeita à evolução do doente. No entanto, e como já referi, os registos elaborados pela maioria dos colegas, são pobres e subjetivos, sendo pouco demonstrativos da evolução de saúde da pessoa e do trabalho efetuado. Importa referir que a realização semanal de reuniões onde é discutido o plano de reabilitação de cada doente, entre a equipa disciplinar, constitui uma mais valia, contribuindo para que esses sejam mais seguros.

Também na ECCL verifiquei que o EEER apresenta um papel preponderante no processo de gestão de risco. Tem como dever, assegurar a qualidade e continuidade dos cuidados de reabilitação, pois se tal não acontecer, a pessoa ao ingressar na comunidade pode “perder capacidades que já tinham sido adquiridas, e podem aparecer novas complicações e consequentemente também novos reinternamentos” (Rodrigues, 2008, p. 19). Deste modo, é necessário que a realização de ensinios seja feita de forma consciente e responsável, envolvendo a pessoa, família e/ou cuidador, procedendo à validação dos mesmos. Os cuidados centrados na díade doente/família constituem um instrumento básico na otimização da sua capacidade para cuidar e minimizar os efeitos negativos inerentes a um processo de transição, do contexto de internamento para o contexto domiciliário (Almeida, Miranda, Rodrigues e Monteiro, 2005). É premente que o EEER encare a família/cuidador como uma instituição de carácter permanente, enquanto o internamento apenas constitui uma situação temporária na vida da pessoa.

Deste modo, em ambos os locais de estágio procurei identificar os principais factores de risco passíveis de comprometer a segurança do doente. Uma vez que a sua maioria apresentava disfunções sensório-perceptuais, alterações de memória ou compromisso da mobilidade (Hoeman, 2011) os ensinios efetuados foram norteados para a prevenção de quedas, prevenção de aparecimento de úlceras por pressão, estratégias adaptativas para a alimentação, vestuário ou higiene, o correto manuseamento da CR, utilização de calçado adequado, utilização correta de PA, entre outros ensinios que se encontram espelhados nos PER apresentados (Apêndice III e Apêndice IV). Também procurei observar a intervenção dos outros

profissionais e Enfermeiras Orientadoras, adotando uma postura humilde perante as suas correções ou sugestões de melhoria.

A reabilitação “é um processo centrado no doente” (DGS, 2011, p. 6), com a finalidade de capacitar a pessoa para o autocuidado, atingindo a maior funcionalidade possível, no que respeita às funções do corpo, à atividade e à participação (OE, 2011b). Nesse sentido **“prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com alterações sensório motoras, do foro respiratório ou com alterações da eliminação, maximizando o seu potencial para a promoção das atividades de autocuidado através do treino de AVD, tendo em conta adaptações necessárias às suas limitações” (Obj. 7)**, constituiu um objetivo que desejei alcançar.

No Centro de Reabilitação a pessoa era sujeita a um plano terapêutico intensivo e contínuo de reabilitação que incluía o ensino e treino de ABVD. Este assume particular importância, constituindo uma mais-valia na obtenção de um maior grau de autonomia no desempenho seguro das suas atividades de autocuidado, tendo em conta a sua nova condição motora e cognitiva (Rodrigues, 2008; Hoeman, 2011).

Neste local de estágio, a minha intervenção no que respeita à ABVD vestir-se foi realizada essencialmente no turno da manhã, após os cuidados de higiene, e no turno da tarde, quando os doentes se deitavam. O ensino e o treino de estratégias adaptativas foram ajustadas à individualidade e à capacidade funcional de cada indivíduo. Este assunto foi alvo de JA (Apêndice IX).

Esta ABVD exige da pessoa um esforço enorme, podendo esta ficar facilmente desmotivada, pelo que procurei recorrer ao reforço positivo face aos progressos obtidos (Branco e Santos, 2010). Com vista à promoção do seu autocuidado recorri ao incentivo na tomada de decisão sobre a escolha da roupa, sendo a minha intervenção direcionada para o ensino das características do vestuário e do calçado que melhor se adaptassem às suas limitações. O ensino e o treino da mesma, era efetuado na unidade do doente, com as cortinas corridas proporcionando-lhe a máxima privacidade. A CR era o local de eleição, no entanto, em situações passíveis de comprometer a segurança do doente, nomeadamente em situação de desequilíbrio, esta atividade decorria na cama.

Relativamente à ABVD higiene, a intervenção do EEER era desenvolvida em três momentos específicos. De manhã era realizado ensino e treino de higiene pessoal na casa de banho, em base chuveiro e em Cadeira Higiénica (CH). Tal



como refere (Hoeman, 2011), procurei estimular a pessoa no desenvolvimento desta atividade de autocuidado utilizando o máximo da sua funcionalidade. A minha intervenção baseou-se em princípios fundamentais: abordar a pessoa pelo lado mais afetado encorajando-a a lavar toda a região corporal, não desprezando o hemicorpo mais afetado (Vigia, Ferreira e Sousa, 2016); possibilitar o uso do espelho na realização desta tarefa, uma vez que é benéfico na reintegração da sua imagem corporal, permite efetuar correções na sua postura e contribui para a maior capacidade de autocuidado (DGS, 2010), facilita ainda o pentear, barbear, o maquilhar e a realização da higiene oral; dispor os objetos para que os possa visualizar corretamente; ensinar estratégias para prevenção de acidentes, nomeadamente travar a CH sempre que se encontre parada; alertar a pessoa com desequilíbrio para não se levantar da cadeira sem ajuda ou supervisão de um profissional de saúde, minimizando o risco de queda; a minimização de obstáculos no pavimento; a regulação da temperatura da água, prevenindo queimaduras, uma vez que a pessoa com AVC pode apresentar alterações de sensibilidade térmica.

No período da tarde era realizado no quarto ou na casa de banho, ensino e treino da lavagem das mãos, higiene oral e da face, do barbear e do maquilhar/desmaquilhar. Após o jantar, e de acordo com as necessidades dos doentes eram realizados reforços dos referidos ensinamentos e ainda da lavagem dos genitais, preferencialmente na casa de banho.

Na promoção das ABVD já descritas, houve a necessidade de recorrer à PA, que permitiram à pessoa, prevenir, compensar, atenuar ou neutralizar as suas incapacidades ou limitações na atividade (*International Organization Standardization*, 2015), verificando que essa, ao longo da sua utilização, apresentou progressos significativos, passando em muitos casos, de um grau de ajuda total, para um grau de independência modificada (Escala de MIF).

No decorrer do estágio procurei ver a pessoa como um ser holístico, pelo que a minha intervenção não se focou apenas no ensino e treino de estratégias adaptativas para as ABVD já referidas, abrangendo aspectos essenciais no processo de cuidados de ER.

Ao nível da ABVD da eliminação vesical, a pessoa com AVC apresenta habitualmente uma bexiga neurogénica desinibida, caracterizada “pela capacidade vesical normal ou diminuída, mas com ausência do controlo voluntário da micção” (Rodrigues, 2008, p. 18). Neste âmbito, destaco a realização de ensinamentos relativos a

alterações nos hábitos miccionais, nomeadamente, adequação da ingesta hídrica e sua redução a partir do período da tarde (Tolentino, Mantellatto, Zanotto, Pinheiro e Mourayama, 2006), o recurso a técnicas de distração ou relaxamento para inibir a vontade de urinar após o desejo miccional (Rocha e Redol, 2016) ou mesmo o estabelecimento de um padrão miccional com horário definido (intervalos de 2-3 horas), sendo induzida a micção voluntariamente, antes que o doente atinja o volume vesical capaz de despoletar a micção (Branco e Santos, 2010). Para uma eliminação eficaz e segura, recorri à colocação do urinol/arrastadeira num local acessível, principalmente no período noturno, à utilização de fralda como elemento de proteção em casos de ocorrência de perdas involuntárias de urina e ainda ao reforço positivo nos episódios de continência. Também tive oportunidade de colocar um dispositivo urinário (*pen rose*) a dois doentes, permitindo-lhes sentir-se secos e confortáveis nos episódios de incontinência.

No que respeita à ABVD da eliminação intestinal, a maioria dos doentes apresentava um padrão de obstipação que de acordo com Branco e Santos (2010, p. 95), se encontra relacionado com a “diminuição da atividade reflexa do intestino e dos movimentos peristálticos, como consequência da imobilidade geral”. Desse modo, procurei estabelecer uma relação de parceria com a pessoa e família, sendo ambas de grande importância na caracterização dos hábitos intestinais anteriores (Rocha e Redol, 2016). Proporcionar privacidade e conforto, o estabelecimento de uma hora habitual para evacuar (de preferência o mesmo horário que tinha antes de ocorrer o AVC), validar com a pessoa a necessidade de evacuar após as refeições, aproveitando o reflexo gastrocólico (Hoeman, 2011), uma dieta rica em fibras e aumento do aporte hídrico, ou mesmo a utilização de laxantes, foram intervenções que desenvolvi no âmbito da satisfação desta ABVD.

No treino da ABVD Alimentar-se, a minha intervenção salientou-se na pessoa que apresentava disfagia, sendo o objetivo do programa terapêutico implementado a melhoria da passagem de alimentos e líquidos, evitando o risco de aspiração (*World Gastroenterology Organisation*, 2014). De acordo com Braga (2016, p. 263) a abordagem do EEER à pessoa com disfagia deve basear-se na “implementação de técnicas posturais, estimulação sensitiva, mudanças voluntárias na deglutição, exercícios de amplitude de movimentos e fortalecimento muscular, alterações na dieta e cinesioterapia respiratória”. As estratégias compensatórias foram implementadas de acordo com as necessidades dos doentes e o tipo de disfagia

presente. Sentar confortavelmente o doente proporcionando um ambiente calmo, administrar pequenas quantidades de alimentos certificando-me que estes não ficam acumulados na cavidade oral, a ingestão de líquidos ou alimentos mais espessos (recorrendo muitas vezes ao uso do espessante), o recurso a PA para alimentação e a orientação da família, foram algumas das medidas implementadas no que respeita a esta temática.

De acordo com Oliveira e Silveira (2011), o AVC é considerada a doença mais incapacitante por trazer impacto em praticamente todas as funções humanas, nomeadamente em alterações da mobilidade. A sua alteração encontra-se relacionada com alterações da força e do tônus muscular, perda do mecanismo do controlo postural e alterações da função sensorial e perceptiva (Cancela, 2008), pelo que o EEER tem como objetivos, evitar ou diminuir a instalação da espasticidade, estimular a sensibilidade, o treino de equilíbrio, a reeducação do mecanismo reflexo-postural e o estímulo dos movimentos do lado mais afetado (Menoita et al., 2012). Destaco as intervenções implementadas por mim neste âmbito, nomeadamente, a implementação de um programa de mobilizações (passivas, ativas-assistidas, ativas e ativas-resistidas), o posicionamento em padrão antispástico (para inibir a instalação da espasticidade), atividades terapêuticas no leito (o rolar, a ponte, rotação controlada da anca, auto mobilizações, exercícios de carga no cotovelo afetado), exercícios de equilíbrio na posição de sentada e de pé, treino da motricidade fina e de coordenação de movimentos, colocação de talas pneumáticas (membro superior e inferior), colocação de ortóteses (punho, mão, ombro e cotovelo) e treino de posição ortostática em *Standing Frame*.

No que respeita à ABVD transferir-se, realizei maioritariamente ensino e treino de transferência da pessoa da cama para a CR, e desta para a cama, sendo também contemplados ensinos de transferência entre a CR e o carro, sanita ou para a CH. De acordo com a bibliografia consultada a pessoa com hemiplegia ou hemiparesia deve sair da cama pelo lado mais lesado e entrar pelo menos lesado (OMS, 2003; Vigia et al., 2016), no entanto, procurei não estandardizar os ensinos efetuados, adaptando-os à realidade de cada pessoa no domicílio.

As diversas técnicas descritas constituíram uma mais-valia na preparação da pessoa para o treino da ABVD Locomoção. O ato de locomoção não envolve apenas a deambulação (Foeller, 2006), pelo que procurei desenvolver com a pessoa estratégias adaptativas para a utilização de CR (elétrica e manual) e auxiliares de

marcha (canadianas, tripé, andarilho) (Vigia et al., 2016). Para além dos métodos descritos, na pessoa com AVC, nomeadamente com hemiparesia, realizei ainda o ensino e o treino da marcha controlada, que na perspetiva de Marques-Vieira e Caldas (2016), contribui para recuperar o padrão automático perdido, promover uma maior independência e manter a segurança da pessoa.

Importa referir que tive oportunidade de realizar um estágio com a duração de uma semana, no Departamento de AVD da instituição, tendo esse contribuído para a consolidação e aquisição de conhecimentos no âmbito da temática do autocuidado. O percurso de aquisição de competências de EEER encontra-se espelhado em JA (Apêndice X).

Na ECCI os doentes a quem prestei cuidados, eram maioritariamente idosos, portadores de uma doença crónica, apresentando co morbilidades condicionantes na realização das suas ABVD, tal como na sua autonomia em relação à tomada de decisão. A desigualdade era visível na população abrangida. Por um lado, contactei com pessoas com elevados rendimentos, que dispunham de um cuidador formal a tempo inteiro e de oportunidades significativas no que respeita à saúde. Contrariamente, verifiquei situações de precariedade, com repercussão na sua qualidade de vida, nomeadamente situações de pessoas que residiam sós ou com o conjugue igualmente idoso, sem acesso a apoios sociais ou suporte familiar, reforçando desse modo, a importância da intervenção do EEER no contexto da comunidade.

Neste local de estágio e na capacitação da pessoa com alteração sensoriais e motoras, cardiorrespiratórias e de eliminação foi também possível implementar estratégias adaptativas para as ABVD já descritas. Saliento duas situações de cuidados, em que foi dado maior ênfase ao sistema de apoio-educação.

A primeira situação que ilustra a intervenção do EEER incidiu numa doente de 65 anos, que residia só e que tinha sido submetida a ATA esquerda há dois meses, tendo ingressado na ECCI para reabilitação motora, com o objetivo de restabelecer a autonomia na marcha e nas suas atividades de autocuidado.

Apresentava um grau de dependência leve (75 pontos no Índice de *Barthel*), necessitando de ajuda de terceiros (apoio domiciliário) para a ABVD higiene e vestir-se. Na avaliação da força muscular em todos os movimentos dos segmentos corporais através da *Medical Research Council*, apenas foram verificadas alterações

ao nível dos segmentos do membro inferior esquerdo (4/5). Apresentava equilíbrio estático e dinâmico, sentada e na posição de pé.

As intervenções de enfermagem de reabilitação que tive oportunidade de implementar constituíram exercícios para fortalecimento muscular com mobilizações ativas de todos os movimentos dos segmentos corporais à exceção do membro inferior esquerdo, onde foram realizadas mobilizações ativas-assistidas. Progressivamente foi introduzido o treino de subir e descer escadas e posteriormente, treino de marcha que executava com eficácia.

Para além das intervenções referidas foram realizados ensinamentos relativos aos movimentos que esta não deveria fazer (flexão da coxo-femoral acima dos 90° e adução além da linha média do corpo), treino de entrar e sair do carro e também sobre estratégias e PA que poderia adquirir, com objetivos de facilitar as suas atividades de autocuidado. Ao longo do programa de reabilitação implementado a doente foi adquirindo maior autonomia, alcançando os objetivos definidos no PII, pelo que foi programada a sua alta da ECCI.

Descrevo outra situação de cuidados onde se destaca a minha intervenção a uma doente com AVC isquémico do hemisfério esquerdo, apresentando como principal sequela hemiparesia do hemicorpo direito. Esta senhora tinha iniciado um programa de reabilitação no hospital em que esteve internada, mas ingressou na ECCI por necessitar de cuidados de ER ao nível sensório motor e melhoria de autonomia nas ABVD.

Na avaliação inicial, para além das limitações sensoriais e motoras, verifiquei que esta apresentava alterações na sua autoimagem, decorrentes da paresia facial central e de afasia de expressão, pelo que no programa de reabilitação implementado, foram incluídos exercícios de reeducação dos músculos da face (unir/elevar as sobrancelhas, enrugar a testa, fechar os olhos com força, sorrir, mostrar os dentes, assobiar, encher a boca de ar, deprimir o lábio inferior (OMS, 2003), exercícios de fonação e articulação de palavras, através da repetição com ajuda silábica na primeira sílaba. Apesar de este processo ser demorado e minucioso, foi visível a sua satisfação perante os progressos alcançados.

Na promoção da mobilidade e acessibilidade, identifiquei na habitação algumas barreiras arquitetónicas, que aliadas às suas limitações funcionais condicionavam a realização das suas atividades de autocuidado. A cuidadora foi orientada no sentido da sua eliminação (principalmente os tapetes e a mobília em excesso), verificando-

se gradualmente alterações estruturais, que contribuíram para uma maior segurança e independência no desempenho das suas AVD.

Apesar de na fase aguda do AVC ser necessário internamento, progressivamente, e “à medida que se alcança uma maior estabilidade da pessoa (...), estes cuidados devem obrigatoriamente ser centrados no retorno a uma vida ativa” (Marques-Vieira, Sousa e Braga, 2016, p. 466). De salientar que se assiste cada vez mais a uma redução do tempo de internamento, não permitindo a reabilitação completa da pessoa que se encontra dependente. Verifica-se portanto, que no regresso a casa, muitas das vezes, essa apresenta um nível de dependência mais elevado, que no momento da admissão, requerendo o apoio de cuidadores na satisfação das suas atividades de autocuidado (Menoita et al., 2012).

No momento de transição da instituição para o domicílio são despoletados uma série de sentimentos à pessoa e família: por um lado, a satisfação de esta se encontrar em fase de recuperação; por outro, o medo, pela insegurança causada pela falta de cuidadores formais (Cardoso, Felizardo e Januário, 2012). É perentório que desde o momento da admissão, a equipa multidisciplinar realize uma avaliação personalizada das necessidades do doente, incluindo também os familiares, compreendendo se estes se encontram capacitados para assumir o papel de cuidador, sendo facilitada a transferência adequada e em tempo útil à pessoa, de uma instituição para a comunidade, e assim, garantida a continuidade efetiva dos cuidados.

A RNCCI, onde se integra a ECCL, constituiu uma rede de suporte nesse processo, uma vez que irá “assegurar o apoio e o suporte emocional às famílias ou prestadores informais de cuidados, capacitando-os para a integração do doente no seio da família (...), contribuindo para a efetividade dos cuidados” (OE, 2009, p. 16-17).

Tal como refere Hoeman (2011, p. 127), “o exercício da enfermagem de reabilitação na comunidade é uma arena de eleição para prestar serviços de reabilitação complexos aos utentes e suas famílias”. Assim, consigna-se ao EEER que atua na comunidade, a missão preponderante da boa gestão dos recursos disponíveis que permitam à pessoa e sua família, a concretização de transições saudáveis que beneficiem o autocuidado.

Na **promoção da mobilidade, acessibilidade e participação social (Obj. 9)**, em muitos casos foi necessária a introdução de PA. Estes são referenciados pelo

EEER e adaptados às capacidades funcionais do doente, sempre que se preveja a sua utilização no domicílio. Ilustrando a pertinência da sua escolha na pessoa com limitação da mobilidade, onde se destaca a pessoa com AVC, no Centro de Reabilitação, foi possível verificar que a maioria dos doentes se deslocavam de forma independente através de uma CR ou um tripé, permitindo-lhes sentar à mesa durante as refeições, deslocar-se aos vários departamentos ou mesmo utilizar o serviço de cafetaria, fomentando a sua autonomia e interação social com outros doentes e/ou família.

De forma a uma progressiva adaptação, o EEER possibilitava a utilização dos PA pertencentes ao Centro de Reabilitação, não apenas na instituição mas também durante o fim-de-semana, permitindo-lhes um período de adaptação antes da sua aquisição. A família era sempre tida em conta na sua escolha, sendo envolvida na realização de ensinos, facilitando a adaptação da pessoa às limitações existentes. Verifiquei que inicialmente existia alguma renitência da sua parte, à sua introdução, no entanto e gradualmente, era evidente a sua adaptação à sua utilização como “meios indispensáveis ao bem-estar, autonomia, integração e qualidade de vida (...), de modo a permitir uma atividade mais independente (...) com menor esforço, dor e menor dispêndio de energia” (Menoita et al., 2012, p. 117).

Com intuito de definir estratégias capazes de eliminar obstáculos, em ambos os locais de estágio realizei vários ensinos, nomeadamente, retirar tapetes para prevenção de quedas, retirar portas das várias divisões da habitação para acessibilidade da CR ou colocar objetos a um nível que possibilitasse o alcance da pessoa que se confinasse a uma CR. A promoção da reinserção social e a eliminação de barreiras arquitectónicas é uma preocupação primordial do EEER, pelo que deve ser implementado um programa de reabilitação que tenha em conta as condições habitacionais que possam interferir ou limitar a mobilidade da pessoa, tendo repercussões a nível pessoal e social.

No âmbito desta temática, na ECCI, relembro uma situação de cuidados a uma doente de 91 anos, submetida há cerca de dois meses a ATA, por fractura transtrocantérica do fémur esquerdo, no contexto de uma queda, tendo ingressado na ECCI para reabilitação motora e melhoria de autonomia na realização das AVD. Desde a cirurgia que a senhora se apresentava totalmente dependente, não conseguindo sair do domicílio, transitando apenas entre a cama e o cadeirão. Essa

situação constituía motivo de preocupação por parte da filha, que desde então assumiu o papel de cuidadora a tempo inteiro.

Na avaliação da força muscular, em todos os movimentos dos segmentos corporais (*Medical Research Council*) verifiquei alterações ao nível do membro inferior esquerdo (3/5). Apresentava equilíbrio sentada, estático e dinâmico eficaz e equilíbrio na posição de pé, estático e dinâmico instável.

O programa de reabilitação iniciou com mobilizações ativas dos membros superiores e inferiores, à exceção do membro inferior operado, sendo realizadas mobilizações ativas-assistidas, para fortalecimento muscular e sempre de acordo com a sua tolerância. Foram realizados ensinamentos a ambas sobre estratégias adaptativas para o levantar e transferências, sentar e levantar da cama/cadeira e técnicas para prevenção de luxação da prótese. Relativamente às ABVD, foi possível efetuar ensino da técnica de transferência para a banheira, sugerindo a ambas, diferentes opções de PA que podiam adquirir para uma maior segurança na utilização da casa de banho (colocação de banco na banheira, um tapete antiderrapante no chão da mesma, a colocação de um alteador de sanita, evitando a flexão da articulação coxofemoral acima dos 90°).

Conseguiu progredir para o treino de marcha com apoio de andarilho e posteriormente, subir e descer escadas (16 escadas de acesso), que progressivamente conseguiu efetuar com eficácia, através do uso de canadianas. Apesar da motivação e satisfação da senhora nos progressos alcançados, esta expressava vontade de voltar a conseguir deslocar-se ao café em frente a sua casa, no entanto, revelava algum receio em deambular na calçada, por se encontrar irregular. Mediante as propostas efetuadas, a filha adquiriu uma CR que permitiu a sua deslocação no exterior do domicílio e contribuiu para a obtenção de uma maior autonomia no que respeita à mobilidade.

Para orientação da pessoa e cuidador relativamente a esta temática, tornou-se pertinente a elaboração e implementação na ECCI de um instrumento de orientação, referente à intervenção educacional no período pós-operatório da pessoa submetida a ATA (Apêndice VII).



### 1.3. Domínio da Gestão dos Cuidados e Competências Específicas do EEER

Para desenvolvimento de competências neste domínio é necessário gerir os cuidados, otimizando as respostas da equipa multidisciplinar, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas (OE, 2010a). Considerando que este é transversal às competências específicas do EEER, nomeadamente no que respeita ao desenvolvimento de atividades que permitem maximizar as capacidades funcionais da pessoa (OE, 2010b), será exposto o percurso de aquisição de competências descritas no Quadro 5.

Quadro 5 – Domínio da Gestão dos Cuidados

Competências Comuns e Específicas
Competência C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.
Competência C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.
Competência J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

Para desenvolver competências enquanto EEER, tracei como objetivo **“colaborar na gestão dos cuidados de ER, garantindo a segurança e a qualidade das tarefas delegadas, em ambos os locais de estágio” (Obj. 10).**

No Centro de Reabilitação, a organização e a gestão de cuidados de ER era realizada após a passagem de turno. Uma vez que a Enfermeira que orientou o meu estágio não ficava apenas responsável pela prestação de cuidados especializados, havia a necessidade de articular esses cuidados com os restantes e de ajustá-los aos horários de frequência dos doentes nos departamentos terapêuticos. Inicialmente este planeamento era realizado em conjunto com a Enfermeira Orientadora, mas progressivamente fui desenvolvendo maior autonomia e segurança na articulação e priorização dos cuidados de ER. A observação da interação entre os vários elementos da equipa multidisciplinar e com os doentes, permitiram-me ter uma perspetiva mais abrangente no que respeita a esta temática.

A tomada de decisão para a delegação de cuidados de ER, constituiu um processo que exigiu utilização de pensamento crítico e julgamento clínico na aplicação dos cinco certos da delegação: “delega a tarefa certa, sob as circunstâncias certas, na pessoa certa, com a comunicação e orientação certa e sob

supervisão adequada” (OE, 2007, p.7). Assim, fui desenvolvendo uma maior confiança, nomeadamente, no que respeita à informação transmitida aos colegas para vigilância dos exercícios de reabilitação, tal como orientações transmitidas aos cuidadores. O maior desafio constituiu na realização de ensinamentos e supervisão dos mesmos, aos AO, pois verifiquei que por vezes substituíam a pessoa, não lhe permitindo ser autónoma nas suas atividades de autocuidado, comprometendo a segurança, a qualidade e a continuidade dos cuidados.

De acordo com Pontes e Santos (2016) a atividade do EEER deve ser desenvolvida em sintonia com os demais profissionais, pois dessa forma, serão garantidos resultados que reflitam ganhos em saúde para os cidadãos, família e comunidade. Nesta perspectiva, verifiquei que o EEER, no Centro de Reabilitação, era um elo de ligação com os restantes elementos da equipa multidisciplinar.

No âmbito da sua ação, desenvolvia um trabalho de parceria com o EEER do departamento de AVD, efetuando e reforçando vários ensinamentos, nomeadamente referentes à execução das ABVD. Os enfermeiros generalistas reconheciam neste profissional um elemento de referência, sendo um recurso frequente sempre que era necessário tomar decisões mais complexas ou relacionadas com a área específica de reabilitação. Por exemplo, quando um doente era admitido no serviço, cabia ao EEER presente no turno, a efetivação de uma avaliação inicial onde era imperativo a realização do exame neurológico completo e minucioso. Também era abordado em situações de cuidados específicos, nomeadamente no posicionamentos preferenciais ou a evitar, em técnicas específicas de realização do levantar, na alimentação/hidratação na pessoa com alteração da deglutição, entre outros. O recurso das AO a este profissional também era frequente, sendo facilitador no esclarecimento das suas dúvidas, direcionando o seu trabalho de acordo com as suas indicações.

Relativamente à equipa médica, esta solicitava frequentemente o EEER na partilha de informação relativa ao processo de reabilitação e no planeamento da alta. Na nota de alta/transferência eram contemplados os cuidados realizados ao longo do internamento tal como referenciadas as necessidades presentes pela pessoa.

Os terapeutas da fala recorriam ao EEER principalmente no horário das refeições, complementando o seu trabalho, nomeadamente na orientação do doente e família no que respeita às estratégias para uma deglutição segura, tais como a

adaptação de consistências, texturas e quantidades de alimentos a ingerir, os PA que facilitam a alimentação ou mesmo a postura a adotar durante este momento.

Os fisioterapeutas e o EEER contactavam regularmente, partilhando o programa de reabilitação implementado para o doente, o que se revelou uma mais-valia. Por exemplo, se no ginásio a pessoa já tinha iniciado treino de marcha controlada, ao longo do dia e de acordo com a sua tolerância, o EEER fazia reforço do ensino e treino dessa atividade.

A assistente social revelou-se um elemento essencial na equipa, pois com ela era possível participar no regresso do doente para domicílio ou na sua referenciação para uma unidade da RNCCI. Neste processo procurei incluir sempre a pessoa e a sua família/cuidador, pois como refere Hoeman (2011), na reintegração da pessoa na comunidade, esta deve ser envolvida no plano da alta, sendo encorajada a assumir a responsabilidade do plano de manutenção da sua saúde e dos seus comportamentos.

Na ECCI, e como já referi anteriormente, os cuidados eram orientados de acordo com o modelo de gestão de caso. Este processo inclui uma equipa multidisciplinar, que avalia as necessidades de saúde do indivíduo, planeando, obtendo e monitorizando as opções de serviços para alcançar as suas múltiplas necessidades. Apesar deste método de trabalho apresentar uma visão holística da pessoa, a interação com os restantes profissionais era mais limitada, pois contrariamente ao Centro de Reabilitação, neste local os profissionais não desempenhavam funções no mesmo espaço físico. Esta situação exigiu da minha parte o conhecimento dos recursos disponíveis e uma maior capacidade de articulação no planeamento dos cuidados.

Para ilustrar o referido, relembro uma situação em que foi necessário agendar uma visita domiciliária com a assistente social e a médica de uma doente, uma vez que o seu marido não reunia condições físicas e psicológicas para assumir o papel de cuidador, planeando-se então, a ingresso desta, numa Unidade da RNCCI, de Longa Duração. O seu planeamento, exigiu uma articulação com o marido e com os profissionais já referidos, de forma a que todos conseguissem reunir no mesmo horário. No decorrer da mesma foi estabelecido um diálogo informal entre todos os intervenientes, sendo que cada profissional recolheu informações de forma a dar uma resposta adequada, no que respeita ao seu campo de intervenção.

De acordo com um referencial elaborado pela OE que sistematiza a configuração da RNCCI, o Enfermeiro, deve efetuar uma apreciação completa sobre os dados relevantes para os cuidados de enfermagem, reconhecendo o limite das suas competências, consultando outros profissionais, quando as necessidades dos indivíduos ultrapassam a sua área de exercício (OE, 2009). Desta forma, é necessária uma articulação eficaz com todos os elementos da equipa multidisciplinar, respeitando cada área de competência e desenvolvendo projetos em conjunto, conjugando esforços e sinergias, com intuito de melhorar o nível de saúde da população (OE, 2009).

Para além da situação referida, a gestão de cuidados também foi dificultada por termos de partilhar a viatura que permitia a nossa deslocação, com os restantes colegas da ECCI. Aliado ao facto da maioria dos doentes se encontrar disponível para nos receber só perto da hora do almoço e o tempo prolongado de deslocação entre os domicílios, foi necessária uma reorganização constante dos cuidados. Um dos aspetos que considero mais positivos foi a realização de reuniões quinzenais, que consistia numa momento de reflexão e partilha sobre a atividade desenvolvida pela equipa e onde era discutido o PII de cada doente, a sua evolução e a identificação de problemas com vista à obtenção de propostas para a sua resolução. No decorrer destas, fui ganhando maior autonomia, traduzindo-se na obtenção de um papel mais interventivo, sendo frequentemente solicitada no que respeita a informações relativas aos doentes a quem prestava cuidados.

Relativamente à delegação de cuidados, o Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (2006) expressa que o enfermeiro só pode delegar tarefas em pessoal que tenha preparação necessária para as executar. Portanto, cabe ao enfermeiro avaliar as necessidades do doente e planear os cuidados de forma segura, determinando quais as tarefas que podem ser delegadas (OE, 2007). Nesse sentido, ao entrar em cada domicílio, procurei compreender quais as necessidades sentidas pela pessoa, cuidador formal ou informal, agindo de acordo com as mesmas, ensinando, treinando e supervisionando as instruções dadas, transmitindo conhecimentos, para que esses conseguissem manter e reabilitar a sua saúde.

Com o objetivo de assegurar e maximizar a capacidade funcional e para um maior desempenho motor e cardiorrespiratório da pessoa, o EEER deve desenvolver atividades que potenciem o rendimento e desenvolvimento pessoal (OE, 2010b).

Para que tal aconteça este concebe e implementa programas de reabilitação motora e de Reeducação Funcional Respiratória (RFR), procedendo à sua avaliação e reformulação em função dos resultados esperados (OE, 2010b). Nesse sentido, tracei o objetivo de **“Colaborar na implementação de programas de treino motor e cardiorrespiratório, na pessoa com alterações sensório motoras, e/ou patologia respiratória e/ou com alterações da eliminação” (Obj. 11).**

Para além dos programas de reabilitação implementados à pessoa com alterações sensoriais, motoras e de eliminação, já descritos anteriormente, o estágio na ECCI, permitiu-me ampliar o leque de competências específicas definidas pela OE (2010b), nomeadamente no que respeita à prestação de cuidados à pessoa com patologia respiratória. Deste modo, procurei implementar programas de RFR, terapia que utiliza essencialmente o movimento na sua intervenção e tem como objetivo o restabelecimento funcional da respiração (Olazabal, 2003).

Antes da sua implementação recorri ao processo clínico, às análises e aos exames radiológicos do doente, sempre que estes se encontravam disponíveis. A avaliação dos sinais vitais (onde era incluída a monitorização da saturação de oxigénio), a inspeção, palpação e auscultação pulmonar, eram realizadas no início, durante e no final de cada sessão.

As sessões eram iniciadas com técnicas de descanso e relaxamento. Na maioria dos casos, a posição adotada era o decúbito dorsal, mas em situações de dispneia ou de maior ansiedade também recorri a outras posições, nomeadamente o *semi-fowler* ou a posição de cocheiro, sentado ou de pé. Para avaliação da intensidade da dispneia, era utilizada a escala de *Borg* Modificada.

A consciencialização e o controlo da respiração eram realizadas mediante ensino e treino de dissociação dos tempos respiratórios e da respiração diafragmática, tendo sempre em conta a tolerância e capacidade de colaboração de cada doente. De acordo com Olazabal (2003, p. 1807), esta promove “o relaxamento físico e psíquico, essenciais a uma ventilação eficaz e também à colaboração” da pessoa nos exercícios.

Na reeducação do padrão diafragmático realizei com o doente exercícios respiratórios da porção anterior, posterior e hemicúpulas diafragmáticas, direita e esquerda. Para fortalecimento da musculatura abdominal e maior resistência em situações de cansaço, em alguns casos, consegui introduzir gradualmente o uso de resistências (manual e através da utilização de pesos).

Para melhorar a ventilação e oxigenação numa determinada região, corrigir assinerias ventilatórias, melhorar e fortalecer a mobilidade costal e a atividade muscular, evitar atelectasias e a acumulação de secreções (Cordeiro e Menoita, 2012), incluí neste processo, exercícios de reeducação costal seletiva, utilizando em substituição do bastão, um pau de vassoura, para abertura costal global.

De forma a mobilizar secreções dos segmentos distais para os proximais, foi introduzida durante as sessões de RFR, a posição de drenagem postural modificada, com o leito na posição horizontal ou elevando ligeiramente a cabeceira (recorrendo também a almofadas), de acordo com a tolerância da pessoa. Para ajudar à progressão e desprendimento das secreções utilizei manobras acessórias, nomeadamente, a vibração, percussão e compressão. Também foi realizado ensino e treino da tosse dirigida modificada e exercícios de acordo com o ciclo ativo de técnicas respiratórias. A utilização de aerossóis com soro fisiológico, mostraram-se um recurso eficaz na humidificação e fluidificação de secreções, sendo, em alguns casos, a sua remoção efetuada mediante aspiração de secreções, com aspirador portátil.

Relativamente ao treino de fortalecimento muscular, foi dado ênfase ao treino de *endurance*, associando-se exercícios de força muscular, com envolvimento dos membros superiores e inferiores. O treino de exercício dos membros superiores foi realizado mediante a utilização de bastão (pau de vassoura) e pesos (pacote arroz ou massa). No que respeita ao treino dos membros inferiores recorri ao uso de pedaleira, treino de marcha e treino de subir e descer escadas, sempre de acordo com a tolerância da pessoa. Segundo a DGS (2009, p. 8), este é uma “componente mandatária do programa de RR”, acrescentando ainda que a sua combinação com o treino dos membros superiores é benéfica, na medida em que melhora a tolerância ao exercício e reduz a dispneia, diminuindo a incapacidade funcional e contribuindo para o aumento da qualidade de vida da pessoa (DGS, 2009). Com o decorrer das sessões, foi notório nos doentes, o aumento da tolerância aos exercícios de RFR, mostrando satisfação com a sua eficácia na melhoria do seu estado de saúde.

A educação para a saúde constitui a chave para o êxito de um programa de RR. Tem como principal objetivo a manutenção ou melhoria da qualidade de vida do doente, promovendo uma modificação do comportamento e estilo de vida, e proporcionando um efeito terapêutico adicional às outras intervenções (Canteiro, 2003). Para uma boa adesão aos cuidados prestados e ensinamentos efetuados, foi antes

de tudo necessário, o estabelecimento de laços de confiança, pois estes irão “permitir que seja possível à pessoa que recebe cuidados e à que presta, caminharem juntas na construção de um caminho que faça sentido para quem é cuidado” (Hesbeen, 2003, p. 75), facilitando a manutenção do controlo do seu próprio meio ambiente e assim, “assumir a responsabilidade do seu plano de manutenção da saúde e do seu comportamento” (Hoeman, 2011, p.127). Esta temática constituiu alvo de reflexão, encontrando-se exposta em JA (Anexo XI).

Assim, ao longo do estágio foram realizados ensinamentos relativos a estratégias de conservação de energia e controlo de dispneia, a adotar pela pessoa, na realização das ABVD. No que concerne ao controlo da fadiga, a inspiração na fase de repouso e expiração na fase de esforço com os lábios semicerrados, adotando períodos de descanso, demonstraram-se estratégias bastante eficazes. Indicações como tomar banho, calçar e descalçar os sapatos e realizar a higiene sentados, usar sapatos sem atacadores, repartir as tarefas domésticas ao longo do dia e subir escadas lentamente, são tarefas simples recomendadas pela DGS (2009) e que procurei incluir nos ensinamentos efetuados.

Nos doentes que necessitavam de aporte de oxigénio, realizei e reforcei ensinamentos relativos aos benefícios da sua utilização no tempo/débitos prescritos, os riscos intrínsecos à sua utilização, a importância do uso do concentrador portátil de oxigénio e o correto manuseamento da cânula nasal. Também realizei ensinamentos com o respetivo treino e supervisão, relativos à administração de terapêutica, nomeadamente, por via inalatória. A temática da nutrição e hidratação também se revelaram importantes, principalmente nos doentes com DPOC, onde se observa um desequilíbrio entre a ingestão e o gasto energético. Este pode decorrer de vários fatores, nomeadamente, dificuldades na mastigação e deglutição, decorrentes da tosse, dispneia e expectoração ou mesmo pelo aumento do trabalho muscular respiratório (Cordeiro e Menoita, 2012).

O EEER possui um nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida que permite ajudar a pessoa com doença aguda, crónica ou com as suas sequelas, maximizando o seu potencial funcional e a sua independência (OE, 2011b). Através da utilização de técnicas específicas de reabilitação e intervenção na educação do doente/família/cuidador, apresenta o perfil para ser o profissional capaz de potencializar a capacidade de reabilitação de cada pessoa, ajudando-a a lidar com as incapacidades e desvantagens (APER, 2010). Assume portanto um pilar basilar

na promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, tendo um papel estratégico no regresso da pessoa ao domicílio, onde são asseguradas a continuidade dos cuidados.

Importa referir, que no âmbito da intervenção ao doente com patologia respiratória, elaborei no decorrer do estágio alguns planos de cuidados de acordo com as necessidades individuais de cada pessoa, encontrando-se um deles em apêndice (Apêndice IV). Esta temática constituiu também alvo de reflexão encontrando-se espelhada em JA (Apêndice XII).

#### 1.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Relativamente ao domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais, a OE (2011a), sublinha que o EE deve demonstrar a capacidade de autoconhecimento, central à prática de enfermagem, reconhecendo que essa interfere no estabelecimento das relações terapêuticas e profissionais. Refere ainda, que a sua práxis clínica deve assentar em “processos de tomada de decisão (...) e as suas intervenções, em padrões de conhecimento (...) válidos, atuais e pertinentes, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem” (OE, 2010a, p. 10). Assim, e para desenvolvimento das competências descritas no Quadro 6, tracei no meu Projeto de Formação os seguintes objetivos: **“Desenvolver estratégias para o autoconhecimento, que facilitem o relacionamento com a pessoa e com a equipa multidisciplinar” e “Basear a práxis clínica especializada em sólidos e válidos conhecimentos” (Obj. 12).**

Quadro 6 – Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Competências Comuns
Competência D1 – Desenvolve o Autoconhecimento e a Assertividade.
Competência D2 – Baseia a sua práxis clínica em sólidos e válidos padrões de conhecimentos.

Para que o EEER preste cuidados de qualidade, pressupõe-se autonomia no seu exercício profissional, no entanto essa torna-se impensável sem uma contínua atualização dos conhecimentos e aperfeiçoamento das suas capacidades (Barata, 2016). Assim, neste percurso de aprendizagem, e com o intuito de melhor compreender as questões suscitadas nas múltiplas interações de cuidados, recorri à



melhor evidência científica disponível. Identificando a sua importância na melhoria dos cuidados de ER, verifiquei que o conhecimento teórico nem sempre fornece respostas estanques. Este oferece o “que pode ser explicitado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem aprender com a teoria” (Benner, 2001, p.61). O EEER enquanto elemento integrante da equipa multidisciplinar, deve articular eficazmente a teoria com a prática, flexibilizando os cuidados prestados, pois cada indivíduo é único, com características próprias e necessidades diferentes, sendo frequentemente necessário o reajustamento dos cuidados prestados.

O recurso à reflexão periódica sobre situações vividas, nomeadamente mediante a realização semanal de JA, permitiu-me compreender as minhas principais dificuldades, traçando estratégias para as minimizar e ultrapassar. Nestes foram expostas situações de cuidados vividas, e que suscitaram em mim maior interesse, constituindo um instrumento facilitador na articulação e consolidação de conhecimentos teóricos e práticos. Segundo Santos e Fernandes (2004, p. 59), a reflexão constitui “um importante meio de capacitação (...) na aquisição de um profundo conhecimento dos saberes e práticas”. Para Hesbeen (2001), o conhecimento não pode ser gerado apenas pela experiência, sendo necessário que esta seja refletida, discutida e conceptualizada. Deste modo, a prática reflexiva pode ser considerada como uma situação de aprendizagem, pois permite à pessoa compreender o que faz e de que forma o faz (Santos e Fernandes, 2004), constituindo um aspecto central para o desenvolvimento profissional.

Para finalizar, no decorrer deste percurso foi importante o acompanhamento das Enfermeiras Orientadoras e dos restantes profissionais pertencentes à equipa multidisciplinar, que sempre procuram partilhar comigo o seu conhecimento, permitindo-me gradualmente melhorar a minha prestação de cuidados, ajudando-me a exercer funções como futura EEER.

As reuniões formais e informais com a Professora Orientadora, onde se discutiram aspectos relativos aos JA, aos Planos de Cuidados e onde foram expostas as minhas dúvidas, também contribuíram para a mobilização e análise de saberes, necessários à prestação de cuidados de ER.

A realização de avaliações intermédias e finais, constituíram uma mais valia permitindo a discussão e reflexão conjunta, relativa a pontos positivos, negativos e aspetos a melhorar no que respeita à prestação direta de cuidados (Apêndice XIII).

## **2. AVALIAÇÃO DO PERCURSO FORMATIVO**

Para dar resposta à temática central deste relatório e para desenvolver competências especializadas enquanto futura EEER, a passagem por um serviço de reabilitação de adultos, vocacionado para a reabilitação cognitiva, sensorial e motora, à pessoa que sofreu AVC, maioritariamente durante o período de convalescença, foi imprescindível. Tal como era previsto, este constituiu o período mais importante do estágio.

A abordagem a estes doentes demonstrou que a reeducação das ABVD, exige o desenvolvimento de estratégias que devem ter em conta as reais necessidades, os recursos e o projeto de vida da pessoa, promovendo o “desenvolvimento de todo um potencial individual capaz de contribuir para a efetivação do seu projeto de saúde” (Branco e Santos, 2010, p. 96). Destaco a minha intervenção para o ensino e treino da pessoa, familiar ou cuidador, de estratégias adaptativas para as atividades de autocuidado, sendo dado especial enfoque às ABVD higiene e vestir-se, revelando-se aquelas em que a pessoa apresentava maiores dificuldades, necessitando de um período de treino mais prolongado.

Fazendo uma retrospectiva deste período de aprendizagem, posso afirmar que neste local de estágio, o EEER constitui um profissional de referência, não apenas para os doentes/família, mas também para todos os elementos da equipa multidisciplinar. O seu leque de conhecimentos e o número acrescido de competências, conferem-lhe uma maior autonomia na tomada de decisão, intervindo na educação das pessoas, no planeamento da alta e na sua reintegração comunidade, contribuindo para uma maior dignidade e qualidade de vida (OE, 2010b).

Como um dos aspetos mais positivos, destaco o facto de ter realizado cerca de quatro turnos semanais. Inicialmente não estava totalmente receptiva para esta realidade, principalmente pela dificuldade em conciliar os turnos no meu local de trabalho, com o estágio. No entanto e no decorrer do mesmo, compreendi ser uma mais-valia, pois permitiu-me ter um acompanhamento mais personalizado da pessoa, sendo bastante motivador e facilitador na implementação dos planos de cuidados de ER, efetivando dessa forma, a continuidade dos cuidados.

A realização de um estágio de uma semana no serviço de AVD pertencente à instituição, onde a intervenção do EEER se baseia na capacitação da pessoa para a

promoção das atividades de autocuidado, através do ensino e treino de estratégias adaptativas para as mesmas, também se revelou uma enorme experiência de aprendizagem, constituindo um local de estágio bastante pertinente, principalmente no que respeita à temática central deste relatório. Destaco a importância do EEER no estudo e inclusão de PA que ao minimizarem o défice de autocuidado presente, vão permitir uma maior autonomia e bem-estar da pessoa, promovendo a mobilidade, acessibilidade e participação social da pessoa (OE, 2010b. p. 4).

Apesar deste local de estágio me ter proporcionado o vasto leque de experiências teóricas e práticas, inicialmente vivenciei algumas dificuldades, nomeadamente no que respeita à disponibilidade da Enfermeira Orientadora, para a prestação exclusiva de cuidados de reabilitação. Ou seja, esta encontrava-se responsável pela prestação de cuidados de ER a cerca de seis doentes, mas em muitos turnos também desempenhava funções como Enfermeira Responsável de Turno, tendo de resolver vários assuntos relacionados com a gestão dos cuidados a outros doentes. Conciliar as tarefas relacionadas com a gestão e os cuidados de reabilitação não foi fácil, pelo que numa fase inicial, os momentos de aprendizagem foram inferiores ao que era esperado. Constituindo um assunto que gerou motivo de preocupação para ambas as partes, procurámos solucionar o problema, expondo-o à Enfermeira Chefe do serviço, que solucionou o problema, evitando atribuir as referidas funções à Enfermeira Orientadora sempre que eu estava presente, constituindo uma mais valia na minha aprendizagem.

Por outro lado, a maioria dos doentes frequentava vários departamentos terapêuticos ao longo do dia, encontrando-se bastante cansados e pouco motivados para a realização ou reforço de ensinamentos, quando regressavam ao internamento. Uma vez que os turnos efetuados por mim eram na sua maioria no período da tarde, esse factor limitou as oportunidades da implementação de planos de cuidados. Numa fase inicial, surgiram em mim questões relativas à pertinência deste local de estágio, mas sabendo que este não podia ser alterado, a única solução foi delinear estratégias para superar esta minha dificuldade. Para tal, desde o início que considerei importante desenvolver habilidades de comunicação, desenvolvendo uma relação empática com os doentes e seus familiares/cuidadores. Mostrei disponibilidade da minha parte, escutando-os, informando-os e respondendo com clareza às suas dúvidas. A confiança estabelecida entre mim e eles foi de enorme importância, pois

ao transmitir informação de forma segura e estabelecida uma relação de confiança, a adesão aos ensinamentos foi bastante facilitada.

Se no Centro de Reabilitação a intervenção do EEER era norteada para a realidade que a pessoa iria encontrar no domicílio, o estágio na comunidade demonstrou que as necessidades projetadas no internamento, nem sempre são demonstrativas da realidade aqui encontrada. As principais dificuldades e limitações por mim sentidas neste período deveram-se à articulação de situações problemáticas com outros profissionais e ao difícil acesso dos recursos materiais necessários, exigindo da minha parte a compreensão da atuação de cada profissional, uma grande capacidade de adaptação e improvisação na implementação dos planos de cuidados. Para tal, desenvolvi diversas estratégias que descrevo e reflito ao longo deste relatório.

Durante o estágio desenvolvido na comunidade, nem sempre tive oportunidade de estar presente durante os cuidados de higiene e o vestir, sendo a minha intervenção limitada à realização de ensinamentos, relativamente a esta temática. Considerando que o treino destas ABVD são uma área de elevado interesse, deixei expressa essa minha perspetiva, tanto à Coordenadora, como aos EEER da ECCI, constituindo futuramente uma área passível de vir a ser desenvolvida.

Caracterizado pelo seu carácter educativo e promotor de autocuidado, os programas de reabilitação aqui desenvolvidos, procuraram integrar não só a pessoa doente mas também a família/cuidador, pois é esta quem se encontra mais próxima dele e o acompanha diariamente. Apesar do carácter holístico dos cuidados aqui prestados, senti que existe muita informação que é perdida na transição do doente para o domicílio, pelo que é importante que se crie uma estreita colaboração e articulação entre os elementos das equipas hospitalares e da comunidade, evitando gastos desnecessários tanto para o doente como para o Serviço Nacional de Saúde, facilitando assim, a efetivação de um plano de reabilitação adequado.

Realizando uma reflexão global sobre o percurso formativo, penso que os aspetos positivos se destacam. Com uma UCC que oferece à população uma diversidade de programas de saúde e com uma equipa multidisciplinar que reconhece o esforço dos alunos que por ali passam, prestando-lhes um apoio incondicional, foram criadas as condições necessárias para atingir os objetivos delineados, permitindo-me dessa forma atingir as competências preconizadas pela OE (2010a; 2010b) para a obtenção de grau de especialista.

### **3. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O percurso de aprendizagem que foi exposto ao longo deste relatório procurou demonstrar a forma de aquisição de competências preconizadas pela OE (2010a; 2010b) na área de especialidade de ER, sempre articuladas com as competências expressas nos descritores de Dublin referentes ao 2º ciclo de formação. No que respeita a estas últimas, acredito que o relatório espelha de forma clara a minha crescente autonomia referente à tomada de decisão e resolução de problemas em situações novas e de maior complexidade. Sustentada nos conhecimentos adquiridos ao longo do 1º ciclo de formação e no desenvolvimento da minha capacidade de autoaprendizagem, considero ter integrado e articulado eficazmente os conhecimentos teóricos previamente adquiridos, transpondo-os para o contexto da prática de cuidados. Esta minha aprendizagem contribuiu para a prestação de cuidados especializados e de qualidade, tendo como foco a promoção do bem-estar e do autocuidado, a prevenção de complicações e maximização das capacidades da pessoa, visando em todos os momentos alcançar a máxima satisfação do doente.

O estágio, tanto no Centro de Reabilitação como na ECCI, foi uma oportunidade importante para aprofundar conhecimentos numa temática que constitui motivo atual de preocupação e que sempre despertou em mim elevado interesse, permitindo-me implementar o Projeto de Formação delineado no semestre anterior. De salientar que os cuidados prestados não se centraram apenas promoção das atividades de autocuidado à pessoa que sofreu AVC, englobando cuidados gerais e especializados, à pessoa com alterações a nível cognitivo, motor, sensorial, cardiorrespiratório, da alimentação e eliminação, e que necessitava da intervenção da área de especialidade da ER. O recurso frequente à reflexão e a pesquisa constante da melhor evidência científica disponível, foram contributos fundamentais para atingir a excelência no cuidar.

Considerando alcançados os objetivos a que me propus inicialmente, fica apenas por desenvolver a temática da sexualidade. Talvez pela intimidade que este assunto reveste e por considerar um assunto de menor relevância para o próprio em detrimento de outras prioridades, foi-me difícil criar oportunidades para a sua abordagem. Sei que este conteúdo reveste especial importância, não devendo ser

criados mitos e tabus ao seu redor, pelo que considero uma área passível de desenvolver no meu contexto profissional.

Sabendo que a pessoa que sofreu um AVC se confronta com uma situação nova capaz de lhe limitar toda a dinâmica familiar e social, limitando o desempenho das suas atividades de autocuidado, nomeadamente a higiene e o vestir-se, considero que o meu contributo foi fundamental, principalmente no ensino e treino de estratégias adaptativas para as mesmas, que por sua vez, procuram promover uma maior autonomia da pessoa, e desse modo, contribuíram para o aumento da melhoria da sua qualidade de vida. De salientar, que no âmbito desta temática, verifiquei que a bibliografia consultada ainda carece de maior investigação, principalmente no que concerne à informação disponível em língua portuguesa.

Terminado esta etapa e tendo em conta que no contexto em presto cuidados se encontra enraizada a cultura da ER, futuramente delinearei alguns objetivos para o meu percurso profissional. O primeiro reside no desejo de colaborar com os EEER e restantes elementos da equipa, na implementação de estratégias adaptativas que permitam à pessoa dependente maximizar a sua funcionalidade e capacidade de autocuidado, procurando que no regresso ao domicílio estejam reunidas as condições necessárias para dar resposta às suas limitações. Neste contexto, gostaria ainda de constituir um elemento de ligação na referenciação dos doentes que necessitem integrar na RNCCI, de modo a que se proceda a um planeamento articulado e atempado da alta. De referir, que no hospital onde exerço funções é o EEER de cada serviço que está responsável pela referenciação dos doentes, uma vez que a Equipa de Gestão de Altas não conseguia dar resposta ao número elevado de pedidos de ingresso na RNCCI.

O segundo objetivo prende-se com a vontade de participar num projeto que está a ser desenvolvido pela Consulta da Deglutição, do hospital referido. Liderado por uma médica especialista nesta temática, este visa o acompanhamento de doentes com alterações na deglutição, por uma equipa multidisciplinar, nomeadamente, EEER, terapeuta da fala, fisioterapeuta, dietista e fisiatra. Em conjunto com a EEER do meu serviço, pretendemos organizar uma sessão formativa relativa a esta temática, de modo a orientar e definir estratégias de intervenção junto da equipa de enfermagem e das AO, para que durante a refeição do doente, se previnam aspirações de conteúdo alimentar.

Para que os mesmos sejam operacionalizados torna-se então necessário uma contínua atualização de conhecimentos, baseada na melhor evidência disponível e o desenvolvimento de esforços demonstrativos dos conhecimentos adquiridos. Por outro lado, é necessário que a própria instituição onde exerço funções reconheça esse meu esforço, criando as condições que permitam a sua operacionalização.

Finalizando a minha reflexão, penso que seja ainda importante referir que este foi um percurso onde obtive aprendizagens para a vida. Ao chegar ao fim do mesmo, reconheço que a diversidade de experiências e as pessoas com que me cruzei, contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional. Considero que evolui significativamente no meu desempenho e na forma como encaro novos obstáculos e certas realidades. Sobretudo sinto-me uma pessoa diferente, mais humana e capacitada para ver o outro em todas as suas dimensões, enquanto pessoa. Para tal, foi necessário empenho, esforço e dedicação.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, A., Miranda, M., Rodrigues, M. e Monteiro, R. (2005). Transição do Doente Dependente para a Família. *Revista Sinais Vitais*, 62, 26-31.
- Associação Portuguesa de Enfermeiros de Reabilitação (2010). *Contributos para o plano nacional de saúde 2011-2016*. Acedido a 20/01/2017. Disponível em: <http://aper.pt/ficheiros/documentos/aper2.pdf>.
- Andreassen, S. e Wyller, T. (2005). Patients experiences with self-referral to in-patient rehabilitation: a qualitative interview study. *Disability and Rehabilitation*, 27(21), 1307-1313. DOI: 10.1080/09638280500163711.
- Barata, L. (2016). Aquisição e Desenvolvimento de Competências ao Longo da Vida Profissional – A Importância da Formação Contínua. In C. Marques-Vieira e L. Sousa (Coordenadores). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 123-135). Loures: Lusodidacta.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. (A. A. Queirós, Trad.) Coimbra. Quarteto Editora. (Tradução do original do Inglês From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice, 2001, Prentice-Hall Editora).
- Branco, T. e Santos, R. (2010). *Reabilitação da pessoa com AVC*. Coimbra: Formasau.
- Caetano, P. (2003). Formar... Qualificar... Os enfermeiros e as organizações. *Servir*, 51 (6), 269-274.
- Cancela, D. (2008). O Acidente Vascular Cerebral: classificação, principais consequências e reabilitação. Porto: Universidade do Porto. Acedido a: 12/03/2017. Disponível em: <http://www.psicologia.pt>.
- Canteiro, M. (2003). Educação Terapêutica.. In M. Gomes e R. Sotto-Mayor (Coords). *Tratado de Pneumologia – Volume II (1797-1798)*. Lisboa: Permanyer, Sociedade Portuguesa de Pneumologia.



- Cardoso, A., Felizardo, H. e Januário, J. (2012). O Enfermeiro como Gestor do Processo de Preparação do Regresso a Casa. In P. Queirós (Coordenador). *Enfermagem: De Nightingale aos Dias de Hoje 100 anos* (pp. 75-88). Coimbra: Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Cordeiro, M. & Menoita, E. (2012). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas*. Loures: Lusociência.
- Decreto-lei N.º 101/2006 de 6 de Junho de 2006. Criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Segurança Social. Diário da República – I Série A, N.º 109 – 6 de Junho de 2006 (22/05/2006) 3856-3865.
- Deodato, S. (2016). Ética nos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação. In C. Marques-Vieira e L. Sousa (Coordenadores). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 35-39). Loures: Lusodidacta.
- Direção Geral da Saúde (2001). *Unidades de AVC: recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa: DGS. Acedido a: 07/03/2017. Disponível em: <http://www.dgs.pt>.
- Direção Geral de Saúde (2009). Circular Informativa N.º 40A/DSPCD – *Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC)*. Acedido a 20/01/2017. Disponível em: <http://www.dgs.pt>
- Direção Geral de Saúde (2010). *Acidente Vascular Cerebral – Itinerários Clínicos*. Lisboa:Lidel.
- Direção Geral da Saúde (2011). Norma 054/2011 – Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação. Acedido a: 15/06/2016. Disponível em: <http://www.dgs.pt>.
- Direção Geral de Saúde (2012). *Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares Orientações programáticas*. Lisboa: DGS. Acedido a: 14/03/2017. Disponível em: <http://www.dgs.pt>.

Direção Geral de Saúde (2015). Despacho n.º1400-A/2015. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, no âmbito do Ministério da Saúde. Diário da República, 2.ª série – N.º 28 – 10 de Fevereiro de 2015 (3882(2) – 3882 (10). Acedido a: 10/08/2017. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Paginas/Plano-Nacional-para-a-Seguranca-dos-Doentes-2015-2020-publicado-em-Diario-da-Republica.aspx>.

Direção Geral da Saúde (2016a). *Portugal, Doenças Cérebro-Vasculares em números: 2015 – Programa Nacional Para as Doenças Cérebro-Vasculares*. Lisboa: DGS. Acedido a: 06/02/2017. Disponível em: <http://www.dgs.pt>

Direção Geral de Saúde e Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar (2016b). *Ação - Formação de Suporte ao Plano Nacional para a Segurança do Doente – Referencial de Formação*. Lisboa: Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar. Acedido a: 15/06/2017. Disponível em: <http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Anexo%20III%20-%20Qualidade%20na%20Saúde.pdf>

Direção Geral de Saúde (2017). Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares – 2017. Lisboa: DGS. Acedido a: 27/12/2017. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/institucional/programas-de-saude-prioritarios/programa-nacional-para-as-doencas-cerebro-cardiovasculares/>

Eurostat (2009). *Health Statistics – Atlas on Mortality on the European Union*. Luxemburgo: Statistical Books. Acedido a: 10/02/2017. Disponível em: [http://www.eurosfaire.prd.fr/7pc/doc/1252488295\\_atlas\\_mortalite\\_ue\\_2009.pdf](http://www.eurosfaire.prd.fr/7pc/doc/1252488295_atlas_mortalite_ue_2009.pdf)

Foeller, C. (2006). Abordando as Limitações Funcionais e a Incapacidade com Exercício Terapêutico. In F. Huber e C. Wells (autores). *Exercícios Terapêuticos: Planeamento do Tratamento para Progressão* (pp. 30-71). Loures: Lusodidacta.

Gomes, B. e Ferreira, D. (2016). Reeducação da Função Respiratória. In C. Marques-Vieira e L. Sousa (Coordenadores). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 253-262). Loures: Lusodidacta.

- Hartman-Maeir, A., Soroker, N., Ring, H., Avni, N. e Katz, N. (2007). Activities, participation and satisfaction one-year post stroke. *Informa Healthcare*. 29 (7), 559-566. Acedido a 15/03/2017. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/6375083\\_Activities\\_participation\\_and\\_satisfaction\\_one-year\\_post\\_stroke](https://www.researchgate.net/publication/6375083_Activities_participation_and_satisfaction_one-year_post_stroke).
- Hebert, D., Lindsay, M., McIntyre, A., Kirton, A., Rumney, P., Bagg, S. ... Teasell, R. (2016). Canadian stroke best practice recommendations: Stroke rehabilitation practice guidelines, update 2015. *International Journal of Stroke*. 11 (4), 459-484. DOI: 10.1177/1747493016643553
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem: Pensamento e Acção na Perspectiva do Cuidar*. (M. M. Martins, Trad.) Loures: Lusociência. (Tradução do original do francês La Qualité Du Soin Infirmier: Penser et Agir das une perspective Soignante, 1998, Paris: Masson Éditeur).
- Hesbeen, W. (2003). *A Reabilitação: Criar Novos Caminhos*. (M. Martins, trad.). Loures: Lusociência. (Tradução do original do francês La Réadaptation: Aider à créer de nouveaux chemins, 2001, Paris: Editions Seli Arslon).
- Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de Reabilitação – prevenção, intervenção e resultados esperados* (Saraiva, C., Mertens, J., Abecassis, L., Abecassis, M., Sousa, M., Negrão, M. ... Azevedo, R., trad). 4ª Edição. Loures: Lusodidacta. (Tradução do original do inglês Rehabilitation Nursing – prevention, intervention, & outcomes, 4ª ed., 2008, Naples: Mosby).
- International Organization Standardization (2015). *ISO Strategy: 2016-2020*. Acedido a: 01/01/2017. Disponível em: <https://www.iso.org/publication/PUB100364.html>
- Kong, K. e Lee, J. (2014). Temporal recovery of activities of daily living in the first year after ischemic stroke: a prospective study of patients admitted to a rehabilitation unit. *NeuroRehabilitation*. 35 (2), 221-226. DOI: 10.3233/NRE-141110.

- Kvigne, K., Kirkevold, M. e Gjengedal, E. (2005) The nature of nursing care and rehabilitation of female stroke survivors: the perspective o hospital nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 897-905. Acedido a: 15/03/2017. MEDLINE with Full Text. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=bc1b92e4-fedf-4816-8a71-02b1517f457d%40sessionmgr4007&vid=8&hid=4112>.
- Lessmann, J., Conto, F., Ramos, G., Boreinstein, M. e Meirelles, B. (2011). Nursing activities in self-care and rehabilitation of patients who suffered stroke. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64 (1), 198-202.
- Mamabolo, MV., Mudzi, W., Stewart, AS., Olorunjo, S. e Singh, A. (2009). A study to determine post discharge functional improvements in patients with stroke. *South African Journal of Ocupational Therapy*. 39 (1), 15-18. Acedido a: 17/03/2017. CINAHL Plus with full text. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=c55c292f-3c11-40ec-9d96-8fa821de24c5%40sessionmgr103&vid=4&hid=128>.
- Martins, M., Martins, A. e Martins, A. (2016). Reeducação Familiar/Social – Reconstrução da Vida Familiar e Social no Processo de Reabilitação. In C. Marques-Vieira e L. Sousa (Coordenadores). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 67-76). Loures: Lusodidacta
- Marques-Vieira, C. e Caldas, A. (2016). A Relevância do Andar: Reabilitar a Pessoa com Andar Comprometido. In C. Marques-Vieira e L. Sousa (Coordenadores). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 547-557). Loures: Lusodidacta
- Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I. e Vieira, C. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.
- Neves, M. (2002). A Tomada de Decisão em Enfermagem. *Pensar em Enfermagem*. 6 (2), 25-35.

- Olazabal, M. (2003). Métodos de Limpeza das Vias Aéreas. In M. Gomes e R. Sotto-Mayor (Coords). *Tratado de Pneumologia – Volume II* (1807-1810). Lisboa: Permanyer, Sociedade Portuguesa de Pneumologia.
- Oliveira, J. (2007). Intervenção da Ordem dos Enfermeiros para a segurança dos cuidados – Perspectiva do Conselho Diretivo. *Ordem dos Enfermeiros*, 24, 13-17. Acedido a: 04/06/2017. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE\\_24\\_Fevereiro\\_2007.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_24_Fevereiro_2007.pdf).
- Oliveira, A. e Silveira, K. (2011). Utilização da CIF em pacientes com sequelas de AVC. *Revista Neurociências*, 19 (4), 653-662.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a: 05/05/2017. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2006). Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2006). Tomada de Posição sobre Segurança do Cliente. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a: 05/05/2017. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/documents/tomadaposicao\\_2\\_maior2006.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/documents/tomadaposicao_2_maior2006.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2007). Parecer n.º 136/2007. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a: 21/05/2017. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao\\_23Abr2007.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao_23Abr2007.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2009). Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – Referencial do Enfermeiro. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a: 01/04/2017. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/documents/rncci%20-%20v.final%20referencial%20do%20enfermeiro%20-%20abril%202009.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a: 05/01/2017. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_competencias\\_comuns\\_enfermeiro.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf).

Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a: 03/01/2017. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2011a). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Assembleia de Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Acedido a: 18/02/2017. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/documents/pqceereabilitacao.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2011b). Parecer N°12/2011. Lisboa: Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Acedido a: 18/02/2017. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer12\\_MCEER\\_18\\_11\\_2011\\_ActividadesVidaDiaria\\_AVD.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer12_MCEER_18_11_2011_ActividadesVidaDiaria_AVD.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2015a). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2015b). Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a: 31/05/2017. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/2015/MCEER\\_Assembleia/PadraoDocumental\\_EER.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf)

Orem, D. (1995). *Nursing: Concepts of Practice* (5ª edição ed.). Saint Louis: Mosby.

Orem, D. (2001). *Nursing: concepts of practice*. (6ª edição ed.). Saint Louis: Mosby.

Organização Mundial de Saúde (2003). Promovendo a Qualidade de Vida após Acidente Vascular Cerebral – Um guia para fisioterapeutas e profissionais de atenção primária à saúde. Porto Alegre: Artmed.

Pessoa, F. (2015). *Livro do Desassossego*. Lisboa: Alêtheia Editores. Pestana, H. (2016). Sistemas de Informação e a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. In C. Marques-Vieira e L. Sousa (Coordenadores). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 77-88). Loures: Lusodidacta.

Petronilho, F. (2012). Autocuidado – conceito central da enfermagem. Coimbra: Formasau.

Pontes, M. e Santos, A. (2016). A Gestão de Serviços de Enfermagem de Reabilitação. In C. Marques-Vieira e L. Sousa (Coordenadores). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 89-100). Loures: Lusodidacta.

Queiroz, E. e Araújo, T. (2009). Trabalho de Equipe em Reabilitação: um estudo sobre a percepção individual e grupal dos profissionais de saúde. *Paideia*. 19 (43), 177-187. Acedido em: 05/05/2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v19n43/05.pdf>

Rocha, C. e Redol, F. (2016). Avaliação da Função Eliminação. In C. Marques-Vieira e L. Sousa (Coordenadores). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 189-202). Loures: Lusodidacta

- Ribeiro, J. (2011). Autonomia Profissional dos Enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (5), 27-36.
- Santos, E. e Fernandes, A. (2004). Prática Reflexiva: guia para a reflexão estruturada. *Referência*, 11, 59-62.
- Santos, L. (2016). O Processo de Reabilitação. In C. Marques-Vieira e L. Sousa (Coordenadores). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 15-23). Loures: Lusodidacta
- Sousa, L. e Carvalho, M. (2016). Pessoa com Osteoartrose na Anca e Joelho em Contexto de Internamento e Ortopedia. In C. Marques-Vieira e L. Sousa (Coordenadores). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 405-420). Loures: Lusodidacta.
- Tolentino, G., Mantellatto, V., Zanotto, C., Pinheiro, R. e Murayama, S. (2006). Diário miccional como terapia comportamental e sua importância na reabilitação da bexiga neurogênica. *O Mundo da Saúde*, 30 (1), 171-174. Acedido em: 10/10/2017. Disponível em: [https://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/34/diario\\_miccional\\_terapia.pdf](https://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/34/diario_miccional_terapia.pdf)
- Turner, J. (2012). Environmental Factors of Hospitalisation which contribute to Post-stroke Depression during rehabilitation for over 65 year olds. *Journal of the Australasian Rehabilitation Nurses Association*, 15 (1), 11-15. Acedido em: 05/03/2017. CINAHL Plus with full text. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=1b827f34-2d4f-44d2-bb60-7f77dbbc7997%40sessionmgr4010&hid=4112>.
- Vigia, C., Ferreira, C. e Sousa, L. (2016). Treino de Atividades de Vida Diária. In C. Marques-Vieira e L. Sousa (Coordenadores). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 351-363). Loures: Lusodidacta.



Walker, M., Sunderland, A., Smith, J., Drummond, A., Logan, P. Edmans, J. ..., Fisher, R. (2011). The Dress trial: a feasibility randomized controlled trial of a neuropsychological approach to dressing therapy for stroke in patients. *Clinical Rehabilitation*, 26 (8), 675-685. **DOI:** 10.1177/0269215511431089. Acedido em: 01/03/2017. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0269215511431089>.

World Gastroenterology Organisation (2014). Dysphagia Global Guidelines & Cascades. Acedido em: 23/12/2017. Disponível em: <http://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/dysphagia-portuguese-2014.pdf>.

World Health Organization (2012). *Stroke, Cerebrovascular Accident*. Acedido em 01/02/2017. Disponível em: [http://www.who.int/topics/cerebrovascular\\_accident/en/](http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/en/).

World Health Organization (2016). *Cardiovascular diseases (CVDs)*. Acedido em 02/02/2017. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>.

## **APÊNDICES**

## **APÊNDICE I**

Projeto de Formação



**Curso de Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização em**  
**Enfermagem de Reabilitação**

UC Opção II – Projeto de Formação

**Intervenção do Enfermeiro Especialista em**  
**Enfermagem de Reabilitação à pessoa com Acidente**  
**Vascular Cerebral**

Promoção das Atividades de Autocuidado

**SARA RIBEIRO DE OLIVEIRA CONDE**

**Lisboa**

**2016**





**Curso de Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização em**  
**Enfermagem de Reabilitação**

UC Opção II – Projeto de Formação

**Intervenção do Enfermeiro Especialista em**  
**Enfermagem de Reabilitação à pessoa com Acidente**  
**Vascular Cerebral**

Promoção das Atividades de Autocuidado

**SARA RIBEIRO DE OLIVEIRA CONDE**

**Professora Orientadora: Cristina Saraiva**

**Lisboa**  
**2016**



## **ABREVIATURAS E SIGLAS**

ABVD – Atividades Básicas de Vida Diária

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diária

DGS – Direção Geral da Saúde

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EE – Enfermeiro Especialista

EEER – Enfermeiro/a Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER – Enfermagem de Reabilitação

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SRA – Serviço de Reabilitação de Adultos

UC – Unidade Curricular

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UE – União Europeia

WHO – *World Health Organization*

## **ÍNDICE**

<b>1 - IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO .....</b>	<b>6</b>
<b>2 – INTRODUÇÃO .....</b>	<b>7</b>
<b>3 - A ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO E A PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO NA PESSOA COM AVC .....</b>	<b>10</b>
<b>4 - PREPARAÇÃO E PLANEAMENTO DO TRABALHO .....</b>	<b>18</b>
<b>5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>23</b>
<b>6 – BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>24</b>

## **APÊNDICES**

APÊNDICE I – Cronograma de Estágio

APÊNDICE II – Entrevistas aos EEER do Centro de Reabilitação e ECCI

APÊNDICE III – Planeamento de Atividades

APÊNDICE IV – Cronograma dos Objetivos Específicos

APÊNDICE V – Protocolo de Pesquisa para Elaboração da *Scoping Review*

## **ÍNDICE DE QUADROS**

<b>Quadro 1:</b> Benefícios de um Programa de Reabilitação .....	13
<b>Quadro 2:</b> Justificação e Pertinência dos Locais de Estágio .....	19



## 1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

No âmbito da Unidade Curricular (UC) de Opção II – Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, inserida no 7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação (ER), da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), foi-me proposta a elaboração de um projeto de formação. Este terá uma duração de cerca de seis meses, iniciando-se em Fevereiro 2016 e terminando em Julho de 2016, com possibilidade de ser reformulado até Setembro do mesmo ano.

O mesmo deriva da necessidade de desenvolver competências pessoais e profissionais, enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), com enfoque no ensino e treino das Atividades de Vida Diária (AVD), como condição para a promoção do autocuidado da pessoa que sofreu um Acidente Vascular Cerebral (AVC) e da sua família, visando a sua máxima autonomia e um regresso a casa o mais precocemente possível. Assim, destaco como título escolhido: “Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com Acidente Vascular Cerebral. Promoção das Atividades de Autocuidado”.

Este pretende delinear o estágio a realizar no terceiro semestre, que será efetuado em dois locais diferentes. O primeiro estágio está programado num Serviço de Reabilitação de Adultos (SRA) de um conceituado Centro de Reabilitação, entre 26 de Setembro de 2016 e 27 de Novembro de 2016. O segundo estágio, numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), inserida numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), entre 28 de Novembro de 2016 a 10 de Fevereiro de 2017 (Apêndice I – Cronograma de Estágio).

**Palavras-chave:** “Acidente Vascular Cerebral/*Stroke*”, “Enfermagem de Reabilitação/*Rehabilitation Nursing*”, “Autocuidado/*Self-care*”, “Atividades de Vida Diária/*Activities of Daily Living*”.

## 2. INTRODUÇÃO

O AVC é atualmente reconhecido como um problema global, sendo considerado uma causa comum de morbilidade e mortalidade na Europa (Direção Geral da Saúde (DGS), 2001). É considerado a segunda causa de morte a nível mundial, (*World Health Organization* (WHO), 2016) e apesar dos dados epidemiológicos facultados pela DGS demonstrarem uma evolução positiva na última década, continua a ser a principal causa de morte em Portugal (DGS, 2016a). Estima-se que Portugal seja dos países da União Europeia (UE) com maior percentagem de idosos em 2050, sendo expectável uma tendência de aumento das doenças crónicas de evolução prolongada e incapacitante, refletindo-se no número de doentes internados por AVC, implicando uma enorme sobrecarga económica (Ministério da Saúde, 2007). O AVC isquémico é o tipo mais frequente de doença vascular cerebral (Sá, 2009), pelo que o meu foco de intervenção será mais focado nesta patologia.

Com o crescente desenvolvimento científico e tecnológico na área da saúde, as intervenções oferecidas à sociedade são cada vez mais especializadas, visando ao máximo atrasar os efeitos prejudiciais da própria doença. A medicina curativa centra-se no tratamento da doença, prolongando a vida o máximo possível, tentando minimizar os défices que desta podem resultar. A reabilitação pode ser um aliado fundamental com o intuito de ajudar a pessoa a maximizar o seu potencial e independência, tendo em conta a sua máxima satisfação e preservando a sua autoestima (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2010b).

A reabilitação da pessoa que sofreu AVC torna-se uma área de elevado interesse pois segundo Oliveira e Silveira (2011, p. 654) “esta doença é considerada a mais incapacitante por trazer impacto em praticamente todas as funções humanas, nomeadamente em alterações da mobilidade”. Deste modo, é premente uma rápida intervenção dos serviços de saúde e uma capacidade de resposta eficaz pelos profissionais de saúde.

A mobilidade é fundamental para que a pessoa possa interagir com o meio, de uma forma flexível e adaptável (Hoeman, 2011). Para Kleiner, Ayres, Saraiva, Batistela, Pietrobon e Gobbi (2008, p. 407) esta “pressupõe habilidade por parte do indivíduo em mover o seu corpo de forma competente e independente durante as tarefas diárias”. Uma vez alterada, existem consequências na fisiologia humana ao

nível dos diferentes sistemas (OE, 2013), havendo necessidade de intervenção, de modo a promover as capacidades da pessoa e a sua máxima participação. A pessoa que sofreu AVC manifesta alterações físicas e emocionais que comprometem a sua capacidade funcional e, conseqüentemente a realização das AVD, requerendo a prestação de cuidadores. O EEER tem um papel fundamental no desenvolvimento destas atividades, que promovem ao indivíduo a sua máxima independência, procurando a identificação do seu potencial, capacidades, preferências, estilo de vida e participação da pessoa (Menoita, Sousa, Alvo & Vieira, 2012).

As AVD constituem atividades de autocuidado para satisfazer as necessidades e as exigências diárias, fazendo parte integrante do quotidiano da pessoa (Menoita et al., 2012). A pessoa que sofreu um AVC apresenta grandes limitações e incapacidades, deparando-se com um enorme desequilíbrio com o meio, o que vai afectar o seu estado de saúde. Existe um défice na sua ação de autocuidado, que Orem (2001, p. 254) define como uma “capacidade adquirida e complexa para atender às exigências de continuar a cuidar de si próprio, para manter a vida e o seu bem-estar”. A perspectiva da autora vem reforçar o meu foco de atenção que se centra na promoção das atividades de autocuidado, focando-me nas AVD higiene e vestir-se da pessoa que sofreu um AVC. Estas são consideradas por vários autores, de entre as atividades do quotidiano da pessoa aquelas onde existe um maior défice de autocuidado, apresentando maior dificuldade no processo de reabilitação.

Assim, é importante que o doente que sofreu AVC obtenha a sua máxima independência física e psicológica, não apenas no hospital, mas também no regresso ao domicílio e à comunidade. A pessoa com limitação funcional irá necessitar de ajuda de outra para realização das suas AVD, que são fundamentais para a satisfação de diversas necessidades. No entanto, esta deseja alcançar a sua maior “independência, ou máximo de funcionalidade possível, para cada uma das AVD, podendo ser atingida pelo treino de capacidades remanescentes e/ou através do uso de estratégias adaptativas nomeadamente através de dispositivos de compensação ou produtos de apoio” (OE, 2011, p. 2). Estes devem ser adaptados à realidade de cada pessoa e referenciados pelo EEER sempre que se preveja a continuidade da sua utilização após a alta hospitalar.

Os cuidados de ER, visam a promoção do bem-estar, da qualidade de vida da pessoa, e a recuperação da funcionalidade, através da promoção do autocuidado, prevenção de complicações e maximização das capacidades da pessoa (OE, 2011,

p.5). Assim, e porque a diminuição da mobilidade na pessoa que sofreu AVC interfere na realização das atividades de autocuidado, opto por utilizar como referencial teórico, a Teoria de Enfermagem do Défice do Autocuidado de *Dorothea Orem*, que considera a promoção do autocuidado o objetivo primordial da enfermagem.

Este projeto tem como principal objectivo a aquisição de competências pessoais, profissionais e sociais como futura EEER. Neste sentido vou procurar compreender a importância da intervenção da reabilitação na promoção das atividades de autocuidado na pessoa que sofreu AVC, em contexto hospitalar e domiciliário, e de que forma esta a pode tornar o mais independente possível, contribuindo assim, para o aumento da sua qualidade de vida.

A metodologia utilizada na sua realização teve por base a revisão da literatura existente, tendo recorrido a livros, artigos científicos, sites de entidades governamentais e não-governamentais e em bases de dados electrónicas (CINAHL e MEDLINE). Recorri ainda à mobilização de contributos teóricos das diferentes unidades curriculares e à minha experiência pessoal e profissional. A elaboração da *Scoping Review* apresentou como principal objetivo descrever a melhor evidência existente sobre esta temática.

Estruturalmente é constituído pelas seguintes partes: identificação do projeto; a introdução; a componente científica, que suporta e fundamenta a temática do AVC, o processo de reabilitação e o autocuidado como filosofia de cuidados; a quarta parte elenca a preparação e planeamento do trabalho, onde fundamento os locais de estágio, defino objetivos gerais, objetivos específicos e a sua respectiva justificação tal como o planeamento das atividades para os atingir; por último apresento as considerações finais do projeto seguida da bibliografia utilizada.

### **3. A ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO E A PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO NA PESSOA COM AVC**

Atualmente e com a mudança constante e reestruturação das organizações hospitalares, tem-se verificado que as exigências relativamente ao desempenho dos profissionais de saúde tem vindo ao aumentar. O aumento do acesso à informação proporciona maior conhecimento por parte dos cuidadores e daqueles que são cuidados, pelo que se torna inevitável que sejam esperados cuidados de saúde de máxima qualidade. São exigidas aos profissionais, maiores competências técnicas, relacionais, tomada de decisão e juízo crítico, esperando-se que o enfermeiro seja dinâmico, com vista a uma enfermagem mais holística e com cuidados especializados.

Cuidar em ER pressupõe que se desenvolvam competências técnicas, científicas e humanas, pelo que a articulação de conhecimentos teóricos com a vertente prática, holística e humana, se trata de uma característica fundamental. A ER trata-se de uma especialidade na área da saúde que aborda a pessoa numa constante interação com a sociedade e o meio ambiente (Faro, 2006). Deste modo, compreende-se que reabilitar a pessoa significa facilitar ao máximo o desenvolvimento das suas capacidades a nível físico, psicológico, familiar e social, tendo em conta as suas deficiências fisiológicas e anatómicas e ainda as limitações ambientais. Trata-se de um processo que por vezes pode ser longo, onde existem ajustes e adaptações quando reações emocionais podem emergir diante de alterações físicas ou mentais sofridas (Faro, 2006), sendo muitas vezes um desafio tanto para o enfermeiro como para o doente.

Neste sentido, enquanto pessoa e profissional, senti necessidade de aperfeiçoar as minhas competências nesta área, não só pela componente prática, mas também pela possibilidade de ser exercida em qualquer contexto de cuidados e ciclo de vida da pessoa. A vertente dos cuidados à pessoa que apresenta sequelas sensório-motoras sempre me fascinou, até porque exerço funções num serviço de medicina interna, onde perante um diverso número de patologias se destaca o AVC, sendo estes doentes o grande alvo dos meus cuidados.

Na minha prática diária tenho percecionado grandes dificuldades transversais ao doentes que sofreram AVC, decorrentes das consequências do mesmo, que

podem depender do seu estado de saúde, da área afetada e da gravidade da lesão, podendo comprometer a sua autonomia na realização das AVD. Estas levam a um desequilíbrio entre a pessoa e o meio que a envolve, apresentando consequências a nível pessoal, profissional, familiar e social. É premente que o enfermeiro conheça as prioridades e necessidades destas pessoas para que a sua intervenção seja o mais precoce possível, tendo como foco a obtenção da sua máxima autonomia, sendo imperioso que a família participe ativamente nos cuidados.

Importa referir que me deparo frequentemente com um défice no plano de reabilitação definido, no que respeita à área de intervenção nas AVD higiene e vestir-se, sendo muitas vezes delegadas estas atividades às assistentes operacionais, que por vezes substituem a pessoa, não lhe permitindo ser autónoma nesta tarefa. Estas constituem duas áreas de elevada importância para a pessoa com AVC, pois caso não exista qualquer intervenção definida, pode comprometer a sua privacidade pela exposição física e psicológica que se encontra associada a este défice no autocuidado. Tratando-se de uma preocupação sentida por mim, a minha escolha recaiu sobre esta temática à qual pretendo dar resposta ao longo deste projeto.

O AVC é definido pelo conjunto rápido de sintomas e/ou sinais focais e, por vezes globais, de disfunção neurológica com sintomas que perduram por um período superior a vinte e quatro horas podendo resultar em morte (WHO, 2012). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2003, p. 13) “o AVC é causado por uma interrupção no suprimento de sangue ao cérebro (...) ocorrendo quando uma artéria que fornece sangue ao cérebro fica bloqueada ou se rompe”. Trata-se de um dos factores principais de morbilidade e mortalidade em todo o mundo, constituindo um enorme fardo para as sociedades atuais, na medida em que apresenta um grande impacto na qualidade de vida da pessoa e na sua incapacidade a longo prazo (*European Stroke Organization*, 2007).

No ano de 2012 cerca de 17,5 milhões de pessoas morreram na consequência de doenças cardiovasculares, sendo que dessas, 6,7 milhões se devem a um AVC (WHO, 2016). Trata-se da segunda causa de morte a nível mundial, e a primeira na maioria dos estados membros da União Europeia (DGS, 2017).

De acordo com os dados fornecidos pela DGS, em Portugal, a taxa de mortalidade por doenças cerebrovasculares, em 2013, por cada 100.000 habitantes constituiu 54,6%, correspondendo a 11.751 óbitos nesse ano, sendo que desses,

7.878 estão relacionados com a ocorrência de um AVC (DGS, 2016a). Quando comparados com dados relativos a 2009, em que a taxa de mortalidade por doença cerebrovascular por 100.000 habitantes era de 71,9%, correspondendo a 13.688 óbitos, verifica-se que houve uma variação de cerca de 17% (DGS, 2016a).

Apesar de ter ocorrido uma redução expressiva na taxa de mortalidade por esta doença, a mesma mantém um valor elevado, continuando a ser a principal causa de morte e incapacidade em Portugal (DGS, 2016a), contribuindo para o aumento das sequelas que apresentam enorme impacto na vida pessoal, social e profissional da pessoa. A prevenção desta patologia é essencial, no entanto, apesar de haver melhorias ao nível da prevenção primária e secundária, esta continua a ser ineficaz.

As principais consequências resultam em dificuldades na deglutição e compreensão, incontinência de esfíncteres, problemas sensoriais, psicológicos e sociais (OMS, 2003). Como consequências motoras, destacam-se a hemiparesia e a hemiplegia do lado contralateral à lesão cerebral (Hoeman, 2011), podendo causar assimetria corporal, provocando instabilidade postural em repouso e em movimento. O tônus pode estar afectado, sendo que numa fase inicial a maioria das pessoas apresenta flacidez, que gradualmente pode evoluir para diferentes graus de espasticidade (Menoita et al., 2012).

Para Walker, Sunderland, Smith, Drummond, Logan e Edmans (2011), um programa de reabilitação à pessoa com AVC deve contemplar a manutenção da função motora, do tônus, da força, do equilíbrio, da mobilidade, procurando que esta se torne o mais independente possível nas AVD.

Num estudo realizado com 15 doentes e seus familiares, procedeu-se à avaliação do impacto de um programa de reabilitação na pessoa que sofreu AVC (após 45 dias a 5 anos) (Lessmann, Conto, Ramos, Boreinstein e Meirelles, 2011) (Quadro 1.).

Quadro 1: Benefícios de um Programa de Reabilitação

<b>Atividades Realizadas</b>	<b>Benefícios</b>
<b>1. <u>Controlo postural</u></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Posicionamento no leito;</li> <li>• Mobilizações ativas, ativas-assistidas, passivas;</li> <li>• Educação para a saúde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevenção de assimetria corporal;</li> <li>• Prevenção de espasticidade;</li> <li>• Prevenção de deformações musculares e articulares;</li> <li>• Estimular a sensibilidade.</li> </ul>
<b>2. <u>Exercícios de amplitude do movimento</u></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mobilizações a nível dos membros superiores e inferiores;</li> <li>• Ensino à família para realização destas atividades no domicílio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integridade das estruturas articulares;</li> <li>• Amplitude do movimento;</li> <li>• Flexibilidade;</li> <li>• Evitar aderências e contracturas.</li> </ul>
<b>3. <u>Treino de equilíbrio</u></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Equilíbrio dinâmico em pé;</li> <li>• Equilíbrio estático em pé.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inibição de espasticidade;</li> <li>• Estimulação da sensibilidade, da força e do tônus muscular;</li> <li>• Preparação para a marcha.</li> </ul>
<b>4. <u>Treino de marcha</u></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inicialmente treino de equilíbrio;</li> <li>• Marcha com barras laterais;</li> <li>• Subir escadas;</li> <li>• Educação para a saúde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melhora o equilíbrio;</li> <li>• Readquirir o padrão autocritico perdido;</li> <li>• Maior independência;</li> <li>• Evitar acidentes e quedas.</li> </ul>
<b>5. <u>Estimulação da sensibilidade</u></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso de materiais, com diferentes cores e texturas, para estimulação visual e perceptiva;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gradual execução das atividades: cuidados de higiene, vestir-se, alimentar-se.</li> </ul>

Assim, o planeamento das atividades de reabilitação devem centrar-se na promoção da máxima independência física, psicológica e autonomia da pessoa no desempenho seguro das suas AVD, tendo em conta a sua nova situação motora e cognitiva (Rodrigues, 2008). O EEER deve adequar os seus cuidados às verdadeiras necessidades da pessoa, devendo contemplar todos os aspectos da perda do indivíduo e não apenas as perdas motoras e sensoriais mais óbvias (OMS, 2003).

De acordo com um estudo efectuado por Welch (2008), a pessoa após sofrer um AVC pode vivenciar sentimentos de angústia pela vida anterior, por perda do controlo do próprio corpo, da responsabilidade pelo seu bem-estar e medo pelo futuro. Assim, o EEER deve entender que esta apresenta alteração das suas necessidades psicológicas, devendo ajudá-la “a criar uma maneira de viver com sentido e compatível com a sua situação, independentemente da sua condição física ou da natureza da sua afeção” (OE, 2011, p. 16).



Um dos estudos realizados por Andreassen e Wyller (2005), inclui 8 pessoas que sofreram AVC, observando que estas ao integrarem num plano de reabilitação, apresentam diferentes objetivos, agrupando-os em três categorias: educação para a saúde, melhorar as suas capacidades motoras e a aprendizagem de estratégias para promoção da sua qualidade de vida. Assim, é importante compreender os reais objectivos dos doentes no estabelecimento de um programa de reabilitação, pois muitas vezes esses diferem dos objectivos dos profissionais, levando a desmotivação por ambas as partes.

Deste modo, o AVC pode causar um grande desequilíbrio psicodinâmico entre a pessoa e o meio que a envolve, confrontando-a com uma nova situação que poderá limitar o seu desempenho ao nível profissional, pessoal e familiar e ainda social, o que poderá levar a uma diminuição da sua aptidão física e habilidade para o desempenho das suas AVD, desencadeando uma necessidade terapêutica de autocuidado (Orem, 2001).

No âmbito da reabilitação, as AVD são definidas pela OE (2011, p.1), como o “conjunto de atividades ou tarefas comuns que as pessoas desempenham de forma autónoma e rotineira no seu dia-a-dia”. Podem ser subdivididas em dois grupos: 1) Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), que se referem às funções e estruturas do corpo envolvidas, como às atividades e participação para a sua execução; 2) Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), que constituem a capacidade da pessoa para gerir o ambiente em que vive (preparar refeições, gerir dinheiro, entre outras) (OE, 2011).

As ABDV podem ser categorizadas em duas áreas de atividade, nomeadamente, as que envolvem mobilidade funcional (locomoção, mobilidade na cadeira de rodas, mobilidade na cama e transferências) e as que estão relacionadas com os cuidados pessoais (alimentação, higiene pessoal, vestuário e uso do sanitário) (Fricke, 2010).

As ABVD são parte integrante do quotidiano da pessoa, sendo muitas vezes usadas para avaliação do autocuidado, devendo ser vistas como uma forma de promoção da saúde e como uma preocupação da pessoa consigo, relativamente à satisfação das rotinas de vida diária (Menoita et al., 2012).

No âmbito do treino de ABVD foi realizado um estudo por Kvigne, Kirkevold e Gjengedal, (2005), com 25 doentes que sofreram um AVC. Neste, implementou-se um programa de reabilitação, que consistia num treino de cuidados de higiene e vestir-se; na preparação e confecção de alimentos e ainda na promoção das

refeições em conjunto com outros doentes. Verificou-se que estas atividades contribuíram ativamente na promoção das atividades de autocuidado e na autoestima da pessoa, facilitando a sua reintegração social, permitindo o regresso ao domicílio de uma forma mais independente (Kvigne et al., 2005).

Num estudo efetuado com 37 pessoas, quatro anos após sofrerem um AVC, verificou-se que só 40% dessas, eram totalmente independentes nas ABVD, sendo que 60% necessitavam de ajuda de familiares/instituição, na realização dessas atividades (Langhammer, Lindmark e Stanghelle, 2014).

Segundo Walker et al. (2011, p. 676), “36% dos doentes que sofreram um AVC há seis meses e 54% dos que sofreram a mesma patologia há dois anos, apresentam severas dificuldades na capacidade de se vestir de forma independente”. Para vários autores, as ABVD higiene e vestir-se são as que maiores dificuldades apresentam, requerendo maiores capacidades físicas e cognitivas, por isso o seu treino necessita de um período de tempo mais longo (Walker et al., 2011; Menoita et al., 2012). Devido ao seu grau de exigência e o esforço acrescido, esta atividade pode provocar frustração e consequente desmotivação, pelo que o EEER deve elogiar cada progresso da pessoa minimizando potenciais problemas que possam ocorrer (Menoita et al., 2012).

Por vezes torna-se necessário utilizar produtos de apoio nas ABVD, que devem ser adequados à realidade da pessoa e referenciados pelo EEER sempre que se preveja a sua utilização no domicílio. Conforme refere Menoita et al. (2012, p. 117), estes são “meios indispensáveis ao bem-estar, autonomia, integração e qualidade de vida das pessoas, de modo a permitir uma atividade mais independente (...) com menor esforço, dor e menor dispêndio de energia”.

Segundo a DGS (2011, p. 6) a reabilitação “é um processo centrado no doente, (...) que começa no dia após o AVC, com a finalidade de melhorar a funcionalidade e alcançar o maior nível de independência possível”. Esta deve ser feita junto da família ou pessoas significativas, devendo ser considerado o ambiente familiar como componente fundamental, pois este influencia todo o processo de reabilitação. Aqui a educação para a saúde tem um papel primordial, na medida em que visa habilitar o doente/família/cuidador na promoção da sua qualidade de vida e independência funcional, através dos conhecimentos para prevenção das complicações decorrentes da patologia, modificação de comportamentos e estilos de vida, tornando-o o mais autónomo possível na gestão da doença. O papel do EEER é imperioso na medida

em que se trata de um profissional capaz de responder a este desafio, pois possui conhecimentos capazes de identificar os défices da pessoa para o seu autocuidado, implementando intervenções capazes de satisfazer as reais necessidades da pessoa, regulando o seu desenvolvimento e funcionamento.

Tendo por base o que foi referido e considerando que o AVC pode condicionar a capacidade do indivíduo no desenvolvimento da atividade de autocuidado, escolhi como filosofia de cuidados para este projeto, a Teoria de Enfermagem do Défice do Autocuidado, de *Dorothea Orem*. Esta engloba três constructos teóricos interrelacionados: Teoria do Autocuidado, Teoria do défice de Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem (Orem, 2001).

Na Teoria do Autocuidado, este é entendido como uma função reguladora, que necessita de ser aprendida e desenvolvida (Orem, 2001). A autora parte do pressuposto que todo o indivíduo é capaz de se autocuidar por possuir habilidades e conhecimentos adquiridos ao longo da vida, sendo denominado de agente de autocuidado (Petronilho, 2012). No entanto, as limitações decorrentes do AVC, de onde sobressai a hemiparesia e a hemiplegia, podem condicionar a capacidade de autocuidado, necessitando de auxílio de familiares/cuidadores ou outros significativos, denominando-se agente dependente de cuidados. Perante este défice, a intervenção do EEER será essencial uma vez que irá apoiar a pessoa na sua readaptação e aquisição de novas capacidades físicas e psicológicas.

O EEER para satisfazer as necessidades de autocuidado da pessoa com AVC, intervém de forma terapêutica, como resultado da incapacidade deste executar as suas necessidades de autocuidado. Como componente central da teoria, a autora desenvolve ainda o conceito de requisitos de autocuidado, que engloba três categorias: 1) requisitos universais de autocuidado; 2) requisitos de autocuidado de desenvolvimento; 3) requisitos de autocuidado no desvio da saúde (Orem, 2001). Os requisitos universais de autocuidado estão relacionados com os processo de vida e a manutenção da integridade da estrutura e do funcionamento humano (Petronilho, 2012), sendo muitas vezes designados por AVD, podendo estar amplamente alterados na pessoa que sofreu AVC. Os requisitos de autocuidado de desenvolvimento referem-se a condições específicas que garantem o desenvolvimento da pessoa, nomeadamente a adaptação a uma nova situação, problemas associados ao seu *status* ou falhas de saúde individual. Os requisitos de

autocuidado no desvio da saúde, são exigidos em condição de doença. Apresentam seis categorias, sendo que a pessoa com AVC se engloba em todas elas.

A Teoria do Déficit do Autocuidado, pretende definir os momentos em que os cuidados de enfermagem são necessários. A necessidade de intervenção do EEER é fundamental pelas limitações decorrentes do AVC, ocorrendo quando as “necessidades terapêuticas são superiores à capacidade de autocuidado do indivíduo” (Petronilho, 2012). A ação do EEER vai centrar-se na minimização das sequelas que podem decorrer do AVC, enquadrando-se nos cinco métodos de assistência à pessoa, propostas por Orem: 1) agir ou fazer para outra pessoa; 2) guiar e orientar a pessoa; 3) proporcionar apoio à pessoa; 4) proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal; 5) ensinar o outro (Orem, 2001).

Na Teoria dos Sistemas de Enfermagem, Orem (2001), enquadra as intervenções de enfermagem em três sistemas: 1) Sistema Totalmente Compensatório, que emerge quando a pessoa se encontra totalmente dependente de outros. O EEER pretende compensar a incapacidade da pessoa, agindo como agente de autocuidado terapêutico, podendo usar técnicas de apoio e suporte (Orem, 1995); 2) Sistema Parcialmente Compensatório, onde a pessoa realiza algumas tarefas de autocuidado, mas devido às suas limitações, ainda necessita da intervenção do EEER (Petronilho, 2012); e 3) Sistema de Apoio-Educação, onde a ação do EEER se centra no apoio, orientação e instrução da pessoa para o exercício de tarefas de autocuidado (Petronilho, 2012), pois esta já possui capacidade para tal.

Os três sistemas apresentam características diferentes que podem estar presentes, na pessoa que sofreu AVC, sendo a reabilitação essencial para que esta possua maior autonomia e aumento das suas capacidades, assumindo as suas atividades de autocuidado.

#### **4. PREPARAÇÃO E PLANEAMENTO DO TRABALHO**

A intervenção do EEER visa, “promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação, com o objetivo de assegurar as capacidades funcionais da pessoa, prevenir complicações e incapacidades, ou minimizar as que já se encontram instaladas e manter ou recuperar as atividades de vida” (OE, 2010b, p.1). Ainda segundo o mesmo documento, o EEER intervém na “educação dos clientes e pessoas significativas, no planeamento da alta e reintegração destes na comunidade, proporcionando-lhes assim, o direito à dignidade e à qualidade de vida” (OE, 2010b, p.1).

Deste modo, este projeto de formação apresenta como finalidade aprofundar e mobilizar um conjunto de saberes em contexto de estágio, que me permitam promover as atividades de autocuidado na pessoa com AVC, possibilitando maior autonomia na realização das AVD, bem como na garantia do suporte social, indispensável à sua reinserção e reabilitação.

Neste sentido, com o intuito do desenvolvimento da temática abordada e para aquisição de competências comuns do EE e competências específicas do EEER, defini como objetivos gerais:

- Desenvolver competências de enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação, na área de reabilitação sensorial, cognitiva e motora, da pessoa com AVC, na promoção do autocuidado, maximizando o seu potencial.
- Desenvolver competências de enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação, na área da reabilitação respiratória e/ou da pessoa com alterações da eliminação, maximizando o seu potencial, com vista ao autocuidado.

Para que estes objetivos sejam atingidos considere fundamental um conhecimento prévio dos locais onde serão realizados os estágios. O primeiro momento de estágio está programado que decorra no SRA de um Centro de Reabilitação e o segundo momento será realizado numa ECCI, inserida numa UCC, ambos no distrito de Lisboa. De modo a compreender se estes locais apresentavam potencial para dar resposta aos objetivos propostos, foram realizadas visitas prévias

aos serviços referidos e ainda entrevistas informais a uma EEER do Centro de Reabilitação e uma EEER da ECCI que se encontram expostas no Apêndice II.

A escolha dos locais, dependeu de opções e decisões tomadas entre elementos da turma, como nas boas referências, relativamente ao funcionamento e projetos desenvolvidos nas instituições. Assim, penso que os locais selecionados foram adequados, o que por si só será facilitador na aquisição e desenvolvimento de competências comuns do EE e nas competências específicas do EEER. A justificação e pertinência da escolha dos locais de estágio, é elencada no Quadro 2.

Quadro 2: Justificação e Pertinência dos Locais de Estágio

Locais	Justificação/Pertinência da escolha
Centro de Reabilitação SRA	<ul style="list-style-type: none"><li>- Tem como principal objetivo a reabilitação de pessoas de predomínio sensorial e motor;</li><li>- Apresenta na equipa vários EEER, permitindo reconhecer a importância do seu trabalho no âmbito da equipa multidisciplinar;</li><li>- Grande especificidade no que respeita ao AVC, pois recebe doentes maioritariamente com esta patologia;</li><li>- Possibilidade de reconhecer a realidade do Serviço de AVD que desenvolve um plano individual de intervenção com o objectivo de maximização da autonomia do doente.</li></ul>
UCC ECCI	<ul style="list-style-type: none"><li>- Apresenta quatro EEER na prestação de cuidados de reabilitação;</li><li>- Diversidade de patologias: AVC, doença oncológica, amputados, demências, doenças degenerativas, doenças respiratórias, entre outras.</li><li>- O EEER desenvolve um plano de intervenção individualizado, promovendo o envolvimento do doente/família/cuidador, com o objetivo da máxima independência da pessoa.</li></ul>

De modo a atingir as competências comuns do EE e as competências específicas do EEER definidas pela OE, defini doze objetivos específicos, nomeadamente:

- 1) Integrar de forma progressiva na equipa multidisciplinar, compreendendo a intervenção do EEER neste contexto da prática de cuidados;
- 2) Desenvolver uma prática profissional, tendo em conta os princípios éticos e deontológicos na área da enfermagem de reabilitação;

3) Prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com alterações sensório motoras, e/ou com alterações da eliminação e/ou com patologia respiratória, maximizando o seu potencial, com vista ao autocuidado;

4) Ampliar conhecimentos na área da prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com AVC, que permitam a mobilização e utilização da melhor evidência possível;

5) Participar na implementação de projetos e programas de saúde, de melhoria da qualidade, na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação;

6) Promover um ambiente terapêutico e seguro, na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa e sua família/cuidador, nos diferentes locais de estágio;

7) Prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com alterações sensório-motoras, do foro respiratório ou com alterações da eliminação, maximizando o seu potencial para a promoção das atividades de autocuidado através do treino de AVD, tendo em conta adaptações necessárias às suas limitações;

8) Demonstrar conhecimentos que promovam a mobilidade, a acessibilidade e a participação social da pessoa, de acordo com as necessidades identificadas;

9) Colaborar na gestão do cuidados de enfermagem de reabilitação, garantindo a segurança e a qualidade das tarefas delegadas, nos locais de estágio;

10) Colaborar na implementação de programas de treino motor e cardiorrespiratório, na pessoa com alterações sensório-motoras, e/ou patologia respiratória e/ou com alterações da eliminação;

11) Desenvolver estratégias para o autoconhecimento, que facilitem o relacionamento com a pessoa e com a equipa multidisciplinar;

12) Basear a práxis clínica especializada em sólidos e válidos conhecimentos.

Uma vez que as competências comuns do EE estão interligadas com as competências específicas do EEER, optei por associar aos domínios das competências comuns do EE as competências específicas do EEER.

O domínio da responsabilidade, ética e legal encontra-se transversal às competências específicas do EEER, principalmente no que respeita ao cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados (OE, 2010b). Com os objetivos específicos 1, 2 e 3 delineados, pretendo prestar cuidados de excelência, ao longo do ciclo de vida da

pessoa e que apresente necessidades específicas, de acordo com os princípios éticos e deontológicos da profissão. Considero essencial um período de integração, para que me possa adaptar nos locais de estágio, com o intuito de uniformização e prestação de cuidados de qualidade.

Para desenvolvimento de competências no domínio da qualidade, é necessário reconhecer que esta envolve análise e revisão das práticas, avalia a qualidade e implementa programas de melhoria (OE, 2010b). Assim, e tendo em conta que estas competências são transversais às específicas do EEER, principalmente no que respeita à capacitação da pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania (OE, 2010a), delineei os objetivos específicos, 4, 5, 6, 7 e 8, com o intuito de prestação de cuidados de qualidade. Assim, vou procurar ampliar conhecimentos e aperfeiçoar a minha prática, baseando-me na melhor evidência possível.

Com vista à melhoria contínua dos cuidados, e se os locais de estágio me concederem oportunidade, pretendo colaborar em projetos que estejam a ser implementados ou em áreas que apresentem maior carência, com o intuito de desenvolver a minha aprendizagem. Para garantir a segurança do ambiente terapêutico, vou procurar identificar precocemente fatores de risco, ensinando ao doente/familiar/cuidador a adoção de comportamentos seguros. Na prestação de cuidados à pessoa com alteração sensório motoras, do foro respiratório ou da eliminação, pretendo implementar programas individualizados de reabilitação, recorrendo aos produtos de apoio que considere mais adequados e sempre que necessário, de modo a preparar o indivíduo para o autocuidado e a sua reinserção social e profissional.

No domínio da gestão, é necessário gerir os cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa multidisciplinar, garantindo a segurança e a qualidade das tarefas delegadas (OE, 2010a). Este domínio é transversal às competências do EEER nomeadamente na maximização da funcionalidade e desenvolvimento das capacidades da pessoa. Assim, com os objetivos 9 e 10, pretendo implementar programas de reabilitação individualizados, realizando diagnósticos de enfermagem de reabilitação, procedendo ao planeamento dos cuidados e avaliando os resultados, delegando e supervisionando os cuidados delegados.

No domínio das aprendizagens profissionais, defini os dois últimos objetivos (11,12), que pretendem demonstrar capacidade de autoconhecimento, central em



toda a prática de enfermagem, reconhecendo que este interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais (OE, 2010a). Este pretende a inclusão de sólidos e válidos conhecimentos, que tentarei alcançar através de uma prática reflexiva diária, realização de jornais de aprendizagem, reuniões formais e informais periódicas com a enfermeira e docente orientadora e através da pesquisa da melhor evidencia científica disponível.

Para cada um destes objetivos delinee as atividades que pretendo desenvolver com o intuito de os alcançar. Identifico indicadores, e recursos necessários, podendo ser consultado em Apêndice III.

No Apêndice IV, pode ser consultado o cronograma correspondente ao planeamento temporal dos objetivos específicos, de acordo com os locais de estágio, que me proponho a atingir

De referir que para elaboração da *Scoping Review* recorri à plataforma EBSCO, utilizando as bases de dados científicas MEDLINE e CINAHL, limitando os resultados a datas de publicação entre (2005 e 2016). Devido à dificuldade em encontrar artigos relevantes numa só pesquisa, realizei duas pesquisas sequenciais. Na primeira os descritores utilizados foram: (Stroke) AND (Rehabilitation Nursing) AND (Self-care OR Activities of Daily Living), tendo selecionado quatro artigos. Na segunda utilizei os seguintes descritores: (Stroke) AND (Activities of daily living) AND (Rehabilitation Nursing OR Physiotherapy OR Rehabilitation), tendo selecionado dois artigos. O protocolo de pesquisa pode ser consultado no Apêndice V.

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Com este projeto de formação pretendi delinear o percurso a realizar no 3º semestre, onde será efetuado o estágio e elaborado o seu respectivo relatório.

Este inclui os objetivos gerais e específicos tal como as competências comuns do EE e competências específicas do EEER a que me proponho alcançar, que devem ser desenvolvidos através das atividades e dos recursos descritos.

Importa referir, que este constitui um processo dinâmico passível de ser alterado durante o período de estágio, de acordo com as necessidades sentidas. Com intuito de otimização do meu processo de aprendizagem, o referencial teórico a utilizar também poderá sofrer reajustamento.

Deste modo, considero que este projeto será um alicerce fundamental no desenvolvimento de competências de enfermagem de reabilitação, tal como no meu desenvolvimento profissional e pessoal, na medida em que me irá permitir a aquisição, mobilização e desenvolvimento de um variado leque de conhecimentos, possibilitando a integração de conteúdos lecionados nas várias unidades curriculares nos dois semestres anteriores.

## 6. BIBLIOGRAFIA

Andreassen, S. & Wyller, T. (2005). Patients experiences with self-referral to in-patient rehabilitation: a qualitative interview study. *Disability and Rehabilitation*, 27(21), 1307-1313. DOI: 10.1080/09638280500163711.

Decreto – Lei nº 101/2006 de 6 de Junho (2006). Diário da República I Série – A, nº 109 (6 de Junho de 2006), p. 3856-3865.

Acedido a: 25/06/2016. Disponível em: [http://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/document/file/1366/upload-pdf-legislacao-11-2006-Decreto\\_-\\_Lei\\_n.\\_101-2006\\_de\\_6\\_de\\_Junho.pdf](http://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/document/file/1366/upload-pdf-legislacao-11-2006-Decreto_-_Lei_n._101-2006_de_6_de_Junho.pdf).

Decreto - Lei nº 137/2013 de 7 de Outubro (2013). Republicação do Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro. Diário da República 1.ª série, nº 193 (7 de Outubro de 2013), p. 6050 - 6061. Acedido a: 25/06/2016. Disponível em: <https://dre.pt/application/dir/pdf1sdip/2013/10/19300/0605006061.pdf>

Direção Geral da Saúde (2001). *Unidades de AVC: recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa: DGS. Acedido a: 19/05/2016. Disponível em: <http://www.dgs.pt>

Direção Geral da Saúde (2011). *Norma 054/2011 – Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação*. Acedido a: 15/06/2016. Disponível em: <http://www.dgs.pt>.

Direção Geral da Saúde (2016). Portugal, Doenças Cérebro -Vasculares em números: 2015 – Programa Nacional Para as Doenças Cérebro-Vasculares. Lisboa: DGS. Acedido a: 19/05/2016. Disponível em: <http://www.dgs.pt>

Direção Geral de Saúde (2017). Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares – 2017. Lisboa: DGS. Acedido a: 27/12/2017. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/institucional/programas-de-saude-prioritarios/programa-nacional-para-as-doencas-cerebro-cardiovasculares/>

European Stroke Organisation (2007). *Stroke Facts*. Acedido a: 01/06/2016.  
Disponível em: <http://www.eso-stroke.org/eso-stroke/strokeinformation/stroke-facts.html>.

Eurostat (2009). *Health Statics – Atlas on Mortality on the European Union*.  
Luxemburgo: Statistical Books. Acedido a: 01/05/2016. Disponível em:  
[http://www.eurosfair.prdd.fr/7pc/doc/1252488295\\_atlas\\_mortalite\\_ue\\_2009.pdf](http://www.eurosfair.prdd.fr/7pc/doc/1252488295_atlas_mortalite_ue_2009.pdf)

Faro, A. (2006). Enfermagem em Reabilitação: ampliando os horizontes, legitimando o saber. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. 40 (1). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342006000100019>.

Fricke, J. (2010). *Activities of Daily Living*. Center for International Rehabilitation Research Information and Exchange (CIRRIE). Obtido a 11/06/2016.  
Disponível em: <http://cirrie.buffalo.edu>

Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de Reabilitação – prevenção, intervenção e resultados esperados* (Saraiva, C., Mertens, J., Abecassis, L., Abecassis, M., Sousa, M., Negrão, M. ... Azevedo, R., trad). 4ª Edição. Loures: Lusodidacta. (Tradução do original do inglês *Rehabilitation Nursing – prevention, intervention, & outcomes*, 4ª ed., 2008, Naples: Mosby).

Kleiner, A., Ayres, T., Saraiva, P., Batistela, R. & Gobbi, L., (2008). Mobilidade funcional em indivíduos com paralisia cerebral espástica de acordo com o tipo e a idade. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*. 8 (3), 406-413.

Kvigne, K., Kirkevold, M. & Gjengedal, E. (2005) The nature of nursing care and rehabilitation of female stroke survivors: the perspective o hospital nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 897-905.

Langhammer, B., Lindmark, B. & Stanghelle (2014). Physiotherapy and physical functioning 4 years later? Long-term follow-up after a 1- year long-term intervention period: A randomized controlled trial. *Brain Injury*, 28 (11), 1396-1405. DOI: 10.3109/02699052.2014.919534.

Lessmann, J., Conto, F., Ramos, G., Boreinstein, M. & Meirelles, B. (2011). Nursing activities in self-care and rehabilitation of patients who suffered stroke. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64 (1), 198-202.

Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I. & Vieira, C. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.

Ministério da Saúde (2007). *Enquadramento das Unidades de Reabilitação de Acidentes Vasculares Cerebrais*. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido a: 19/05/2016. Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Unidades%20Reabilitação%20de%20AVC.pdf>

Oliveira, A. & Silveira, K. (2011). Utilização da CIF em pacientes com sequelas de AVC. *Revista Neurociências*, 19 (4), 653-662.

Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a: 05/07/2016. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_competencias\\_comuns\\_enfermeiro.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf).

Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a: 03/04/2016. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Assembleia de Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Acedido a: 18/05/2016. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/documents/pqceereabilitacao.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia orientador de boas práticas - Cuidados à pessoa com alteração da mobilidade – posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a: 05/04/2016. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/gobp\\_mobilidade\\_vf\\_s ite.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/gobp_mobilidade_vf_s ite.pdf)

Orem, D. (1995). *Nursing: Concepts of Practice* (5ª edição ed.). Saint Louis: Mosby.

Orem, D. (2001). *Nursing: concepts of practice*. (6ª edição ed.). Saint Louis: Mosby.

Organização Mundial de Saúde (2003). *Promovendo a Qualidade de Vida após Acidente Vascular Cerebral – Um guia para fisioterapeutas e profissionais de atenção primária à saúde*. Porto Alegre: Artmed.

Petronilho, F. (2012). *Autocuidado – conceito central da enfermagem*. Coimbra: Formasau.

Rodrigues, C. (2008). A pessoa com AVC, atividades de vida diária alteradas – cuidados de enfermagem de reabilitação. *Nursing*, 239 (20), 14-19.

Sá, M. (2009). AVC – Primeira Causa de Morte em Portugal. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, 6, 12-19.

Walker, M., Sunderland, A., Smith, J., Drummond, A., Logan, P. Edmans, J. ..., Fisher, R. (2011). The Dress trial: a feasibility randomized controlled trial of a neuropsychological approach to dressing therapy for stroke in patients. *Clinical Rehabilitation*, 26 (8), 675-685. DOI: 10.1177/0269215511431089.

Welch, R. (2008). Considering the psychological effects of stroke. *British Journal of Healthcare Assistants*, 2 (7), 335-33.

World Health Organization (2004). *The atlas of heart disease and stroke*. Acedido em: 19/05/2016. Disponível em: [http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/resources/atlas/en/](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en/)

World Health Organization (2012). *Stroke, Cerebrovascular Accident*. Acedido em 01/06/2016. Disponível em: [http://www.who.int/topics/cerebrovascular\\_accident/en/](http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/en/).

World Health Organization (2016). *Cardiovascular diseases (CVDs)*. Acedido em 05/06/2016. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>.

## APÊNDICES



## **APÊNDICE I**

### **Cronograma de Estágio**



## **APÊNDICE II**

Entrevistas aos EEER do Centro de Reabilitação e ECCI

## **Entrevista**

**Local de estágio:** Centro de Reabilitação

**Data:** 26 de Setembro a 27 de Novembro de 2016

**Vertente de Ensino Clínico:** Cognitiva, sensorial, motora e de eliminação

### **Breve Caracterização da Instituição**

O Centro de Reabilitação está situado no distrito de Lisboa. Desde a sua criação que este centro foi considerado uma das melhores instituições na área da medicina física e de reabilitação no mundo, mantendo cuidados de excelência até ao presente.

Oferece serviços de reabilitação e programas de bem-estar ao longo da vida das pessoas. Neste momento dispõe de 150 camas, dessas, 16 pertencem à reabilitação em idade pediátrica. Está organizado em três serviços de acordo com o grupo etário e patologias.

A instituição em apreço aposta na formação e especialização dos seus profissionais, sendo constituída por médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica (fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, terapeutas da fala, ortoprotésicos), assistentes sociais, dietistas, assistentes operacionais, educadores de infância, psicólogos, animadores socioculturais e administrativos.

Os principais objetivos compreendem: a) reabilitar pessoas com deficiência com predomínio motor ou multideficiência (congénita ou adquirida) de qualquer idade; b) promover a formação dos profissionais; c) desenvolver a investigação na área de prevenção e tratamento da deficiência; d) desenvolver novas áreas de apoio ao diagnóstico em reabilitação.

A instituição apresenta como filosofia de cuidados: a) maximização do potencial funcional da pessoa; b) promoção da maior independência possível, c) integrar a pessoa e família na sociedade. Assim, independentemente do tipo de lesão ou incapacidade existe sempre a possibilidade de restabelecer algumas capacidades funcionais, que a reabilitação tem a responsabilidade de promover e desenvolver.

Para melhor conhecimento e compreensão do funcionamento do Centro de Reabilitação, elaborei uma entrevista a uma EEER do Centro de Reabilitação, que exponho de seguida.

## **Guião da Entrevista a uma EEER do Centro de Reabilitação**

### **1. Caracterização da Instituição**

#### Qual a missão da Instituição?

*A instituição apresenta como missão a promoção da autonomia da pessoa/família, a sua dignidade e autoestima, os seus direitos de cidadania, bem como a promoção do desenvolvimento profissional dos enfermeiros.*

#### Descreva o espaço físico da Instituição?

*O Centro de Reabilitação compreende três serviços de internamento, nomeadamente: 1) o SRA 1, que recebe pessoas com traumatismo vertebro medular, sendo constituído por duas alas, 34 camas do lado esquerdo e 32 do lado direito; 2) o SRA 3, que recebe doentes com AVC, constituído também por duas alas, 34 camas do lado esquerdo e 34 do lado direito. Este serviço recebe ainda pessoas amputadas e pessoas com traumatismo crânio encefálico, entre outras 3) o Serviço de Pediatria é constituído por 16 camas. A instituição apresenta capacidade para 150 camas. As enfermarias são de 6 camas na sua maioria.*

#### Como é constituída a equipa multidisciplinar?

*A equipa multidisciplinar é constituída por médicos fisiatras, enfermeiros especialistas e generalistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e da fala, técnicos de próteses e ortóteses, assistentes sociais, psicólogos, dietistas, educador de infância e professor de ensino básico.*

#### Como é que os doentes integram na instituição?

*Normalmente os doentes são referenciados mediante equipa de gestão de altas do hospital em que se encontram internados. Depois há a solicitação de consulta acompanhada por relatório médico. No momento em que este integra na instituição, tem de estar estável. A consulta é efetuada por um fisiatra e um enfermeiro onde este é observado e se decide se apresenta critérios para integrar na instituição.*

Qual o tempo médio de internamento e quais as faixas etárias que recebem?

*A demora média de internamento compreende cerca de 63 dias. A idade média de adultos ronda os 50 anos, sendo na sua maioria indivíduos do sexo masculino. Cerca de 90-95% destes, regressam à comunidade após a alta.*

## **2. Gestão de recursos Humanos**

Quantos elementos constituem a equipa de enfermagem?

*A equipa de enfermagem é constituída pela Senhora Enfermeira Diretora, 8 Enfermeiros Chefes e Coordenadores, 1 Enfermeiro Chefe com Função de Supervisão, 53 EEER, 3 enfermeiros especialistas em saúde infantil e pediatria e 44 Enfermeiros Generalistas*

Qual é o método de trabalho em enfermagem do serviço e como está organizada a equipa?

*O método de trabalho é por Enfermeiro Responsável, devendo haver sempre um enfermeiro especialista no turno, à exceção no turno da noite. Utilizamos sistema de classificação de doentes nos serviços de adultos.*

Como são distribuídos os Enfermeiros pelos turnos?

*No turno da manhã (8h-16h) estão 6 enfermeiros, generalistas e especialistas. No turno da tarde (15.30h às 23h) existem 4 enfermeiros, maioritariamente especialistas. No turno da noite (22.30h as 08.30h) só existem enfermeiros generalistas.*

## **3. Prestação de Cuidados de Enfermagem**

Como é feita avaliação da pessoa com AVC?

*Na avaliação da pessoa com AVC utilizamos como recurso instrumentos de avaliação adequados à sua situação, por exemplo recorremos à escala de Lower, escala de Ashworth, Índice de Barthel, Escala de Medida de Independência Funcional, escala de Braden, entre outras. É realizada uma avaliação completa, sensorial, motora, psicológica e social.*

Como se procede ao planeamento dos cuidados?

*O planeamento dos cuidados diferem em cada turno. No turno da manhã é quando se realiza a admissão do doente e o integramos no serviço. É realizado o planeamento dos cuidados e sua execução, avaliando-se os resultados. Neste turno inicia-se o programa individual de reabilitação, entre as 11h e as 13h.*

*No turno da tarde dá-se continuidade às atividades das manhã. São realizadas atividades terapêuticas na enfermaria, havendo períodos de repouso e atividades específicas de enfermagem de reabilitação, nomeadamente o treino de AVD, auto-mobilizações, ensino e treino dos familiares/cuidadores, fornecimento de folhetos informativos. No turno da noite é dada primazia ao descanso do doente.*

Os cuidados são planeados com base em algum modelo?

*O processo de enfermagem baseia-se na teórica Nancy Roper.*

#### **4. Continuidade de cuidados**

Como são realizados os registos de enfermagem de reabilitação?

*Os registos de enfermagem são elaborados manualmente.*

De que forma a família dos doentes é envolvida no plano de reabilitação?

*A família é crucial em todo o plano de reabilitação, sem ela é muito difícil dar continuidade aos cuidados no domicílio, por isso desde a admissão do doente, procuramos que esta esteja envolvida nas atividades desenvolvidas.*

Como é decidida a alta? Que articulação é feita com a família e com a comunidade?

*Quando o doente tem alta, é enviada a alta para o centro de saúde a que pertence, e caso este queira é estabelecido um plano de reabilitação no domicílio. O plano de reabilitação inclui idas ao domicilio gradualmente para que estes se possam adaptar e compreender as principais dificuldades que lá podem existir. A família é essencial neste processo, pois vai permitir a continuidade dos cuidados no*

*domicílio. Muitos dos nossos doentes são também referenciados diretamente para uma unidade da RNCCI que melhor corresponda às suas necessidades.*

Relativamente às AVD apresentam algum projeto nessa área?

*O Centro de Reabilitação dispõe de uma Unidade Terapêutica de AVD, onde são realizadas atividades de treino de higiene e vestuário, transferências, mobilizações no leito, estudo de produtos de apoio, estudo de adaptações necessárias no domicílio (sobretudo na casa de banho e quarto). Este departamento apresenta como principais objetivos a avaliação, orientação e treino dos doentes e familiares/cuidadores para maximização da sua autonomia nas AVD. Este departamento funciona das 8.30h às 18h, compreendendo 7 EEER. O público alvo são doentes provenientes do internamento, mas também recebemos pessoas de ambulatório.*

No plano de reabilitação definido costumam recorrer a produtos de apoio?

*Sim, estes são cruciais em todo o processo de reabilitação pois permitem maior autonomia, maior acessibilidade, melhor qualidade de vida, conservação de energia, sendo ainda facilitadores na prestação de cuidados.*

Quais são as maiores dificuldades que sente na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação?

*A maiores dificuldades sentidas são no início do programa de reabilitação, pois muitas das vezes os doentes vêm deprimidos e ainda não se adaptaram às suas limitações. O processo de reabilitação é longo e os resultados não são imediatos, por isso tentamos arranjar estratégias para motivação da pessoa, para que a sua recuperação seja facilitada.*



## **Entrevista**

**Local de estágio:** ECCI

**Data:** 28 de Novembro de 2016 a 10 Fevereiro de 2017

**Vertente de Ensino Clínico:** Sensórial, Motora e Respiratória

Para melhor compreensão da dinâmica e funcionamento da ECCI foi-me proposto que realizasse uma entrevista a uma das EEER. Antes da sua realização senti necessidade de compreender como se organizam os Centros de Saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS) que se designam por ACES (Agrupamentos de Centros de Saúde), pelo que achei pertinente aprofundar conhecimentos relativamente a esta temática, elaborando um breve resumo sobre a informação pesquisada.

Os ACES constituem serviços de saúde com autonomia administrativa, sendo formados por diversas unidades funcionais que incluem um ou mais centros de saúde (Artigo 2º, decreto-lei nº 137/2013). A sua missão baseia-se na prestação de cuidados de saúde primários à população, através do desenvolvimento de atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade de cuidados (Artigo 3º, decreto-lei nº 137/2013). Estes também promovem outras atividades como a vigilância epidemiológica, investigação em saúde, controlo e avaliação dos resultados e ainda participação na formação de diversos grupos profissionais (Artigo 3º, decreto-lei nº 137/2013).

Os ACES compreendem unidades funcionais, tais como: Unidade de Saúde Familiar, Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, UCC, Unidades de Saúde Pública e Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (Artigo 7º, decreto-lei, nº 137/2013).

A UCC tem como objetivo a prestação de cuidados de saúde e apoio psicológico e social ao nível domiciliário e comunitário, sendo os eu foco de intervenção, pessoas e famílias em maior situação de vulnerabilidade e maior risco de dependência física ou funcional (Artigo 11º, nº 137/2013). A UCC é constituída por diversos profissionais de saúde, de acordo com as necessidades e disponibilidades de recursos, encontrando-se integrada na RNCCI, que é constituída

por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde, e ou apoio social, e de cuidados e ações paliativas (Artigo 2º, decreto-lei nº 101/2006).

Os cuidados continuados integrados tratam-se de intervenções de saúde e ou de apoio social, que se centram na recuperação global que visa promover a autonomia, a funcionalidade e situação de pendência da pessoa através da sua reabilitação, readaptação, reinserção familiar e social (Artigo 3º, decreto-lei nº 101/2006). São assegurados por: a) Unidades de Internamento (Unidades de Convalescença, de média duração e reabilitação, de longa duração e manutenção e ainda de cuidados paliativos); b) Unidades de ambulatório (Unidade de dia e promoção de autonomia); c) Equipas Hospitalares (equipas de gestão de altas e intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos); d) Equipas domiciliárias (ECCI e equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos) (Artigo 12º, decreto-lei nº 101/2006).

A ECCI é uma equipa constituída por médicos, enfermeiros generalistas, especialistas e de apoio social, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, cuja situação não requer internamento mas que não podem deslocar-se de forma autónoma (Artigo 27º, decreto-lei nº 101/2006). Esta equipa deve assegurar cuidados domiciliários de enfermagem e médicos de natureza preventiva, curativa e de reabilitação, cuidados de fisioterapia, apoio psicossocial e ocupacional envolvendo a família e prestadores de cuidados, educação para a saúde, apoio nas AVD e satisfação das necessidades básicas e coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais (Artigo 28, decreto-lei nº 101/2006).

Para melhor conhecimento e compreensão do funcionamento da ECCI, achei importante elaborar uma entrevista que exponho de seguida.

## **Guião da Entrevista a uma EEER da ECCL**

### **1. Caracterização do Serviço**

Qual a missão do serviço?

*O serviço apresenta igual missão à da ECCL, ou seja, prestar cuidados na comunidade em articulação com outros serviços, a pessoas com necessidade de cuidados de saúde, cuja situação não requer internamento mas que não se podem deslocar de forma autónoma.*

Caracterize o espaço físico do serviço.

*A ECCL funciona na cave do Centro de Saúde.*

Como é constituída a equipa?

*A equipa multidisciplinar compreende uma médica durante quatro horas semanais, duas assistentes sociais e dois psicólogos. Existem três EEER, uma EE em Enfermagem Medico-Cirúrgica e uma EE em Enfermagem Pediátrica.*

Qual o número médio de pessoas seguidas neste serviço?

*São seguidos cerca de 20 doentes (adulto e idoso), com média de internamento de 110 dias.*

Quais as patologias mais frequentes?

*O AVC destaca-se entre as patologias mais frequentes, mas ainda prestamos cuidados a pessoas com patologia respiratória, fracturas, demência, esclerose múltipla, esclerose lateral amiotrófica, traumatismo crânio-encefálico, patologia oncológica, entre outras.*

Como é feita avaliação da pessoa que sofreu AVC? Seguem algum modelo de enfermagem?

*É feita uma avaliação individualizada a cada doente, recorrendo a instrumentos de avaliação, nomeadamente a escala de Ashworth modificada, Lower, Índice de Barthel, Medida de Independência Funcional entre outras. O modelo que se*

*encontra presente é o modelo de Orem, pelo que fazemos referência aos défices de autocuidado que estas apresentam.*

Como é feita avaliação das pessoas com patologia respiratória?

*A avaliação desta pessoa é feita de forma individualizada, sendo que utilizamos por exemplo a escala de Borg para avaliação da dispneia/cansaço. Estabelecemos o nosso plano de cuidados após realização de colheita de dados junto da pessoa/família, uma avaliação objetiva e subjetiva e ainda recurso a instrumentos necessários à situação em que aquela pessoa se encontra. Os dados presentes no processo clínico e os exames auxiliares de diagnóstico do doente, são fundamentais para identificar as necessidades de intervenção.*

## **2. Compreensão de Gestão de Recursos Humanos**

Em termos de Enfermeiro/Doente, considera o rácio suficiente?

*Neste momento temos conseguido dar resposta às necessidades dos doentes, no entanto isso envolve muito esforço por parte de todos e trabalho em equipa.*

Qual o número de doentes atribuídos a cada Enfermeiro Especialista?

*São atribuídos cinco doentes a cada Enfermeiro Especialista.*

Qual o horário de trabalho do EEER?

*A ECCI funciona 7 dias por semana, das 8h às 20h. Todos os enfermeiros, incluindo o especialistas em enfermagem de reabilitação, possuem horário rotativo, sendo também distribuídos em horário de fim-de-semana.*

Como é feita a articulação do trabalho entre os profissionais?

*Existe uma passagem de turno diária e são realizadas reuniões semanais entre a equipa de enfermagem e quinzenalmente com toda a equipa multidisciplinar, onde os cuidados prestados são reajustados de acordo com as necessidades sentidas.*

### **3. Compreensão da gestão de cuidados**

Qual a função do EEER?

*O EEER presta cuidados especializados na sua área de intervenção.*

De onde provêm os doentes que são seguidos na ECCI?

*Normalmente os doentes são referenciados mediante proposta dos médico do ACES ou através da equipa de gestão de altas do hospital da área de transferência. Depois agendamos uma visita domiciliária, tentando que essa seja em conjunto com o médico e assistente social, para avaliar a situação clínica e social do doente.*

Quem define o plano de reabilitação para cada doente?

*O plano de cuidados é definido na primeira visita realizada. Após conhecimento do seu cuidador informal e recolha de informação sobre a pessoa/família, elaboramos um plano individual de intervenção, de forma a responder às suas necessidades. Este é discutido entre toda a equipa multidisciplinar nas reuniões semanais que efetuamos, onde está presente a equipa de enfermagem, médica, assistentes sociais e psicólogas. No entanto é o EEER que gere a situação dos doentes que lhe são atribuídos (método de gestor de caso). Sempre que necessário os cuidados prestados sofrem reajustamento, de acordo com as necessidades sentidas.*

Como é feita a organização do trabalho durante o turno?

*Normalmente cada enfermeiro presta cuidados a cinco doentes. No início do turno procedemos ao planeamento dos cuidados, e posteriormente, estes decorrem de acordo com a área geográfica do doente e segundo acordo prévio com a pessoa e família.*

É frequente darem continuidade ao plano de reabilitação iniciado em contexto hospitalar? Como é feita a continuidade de cuidados após a alta hospitalar?

*O hospital não articula com a nossa unidade, pelo que não é possível dar continuidade aos planos que lá são iniciados.*

Existe algum projeto de melhoria contínua de cuidados implementado ou em processo de implementação no serviço, relacionado com a enfermagem de reabilitação? Em que áreas existe maior carência?

*Relacionado com a enfermagem de reabilitação neste momento não se encontra implementado nenhum projeto de melhoria, pois consideramos não haver carência nesta área. Existem outros projetos em fase de implementação, nomeadamente: a) Programa de Férias em Saúde – apoiado pela Câmara Municipal e consiste em programas de educação para a saúde durante a estadia de uma semana num hotel, a 28 pessoas em situação de solidão; b) Formar para Melhor Cuidar – formação às auxiliares que trabalham com doentes (cuidados de higiene); c) Academia da mobilidade – este projeto é direcionado a pessoas com mais de 65 anos e consiste em programas de exercício físico para promover a mobilidade.*

#### **4. Compreensão e gestão de recursos materiais**

Quais os equipamentos disponíveis para a prestação de cuidados?

*Neste momento para a prestação de cuidados de reabilitação dispomos de: pedaleira, andarilho, pesos, colchões anti-escaras, entre outros. Normalmente tentamos adaptar os cuidados aos recursos que as pessoas já têm, no entanto também identificamos produtos de apoio que consideremos necessário naquela situação específica.*

#### **5. Caracterização da população assistida**

Caracterize a população de cuidados.

*A população assistida é na sua maioria adulto e idoso, mas podem ser jovens que pertencem ao ACES, pertencendo maioritariamente à classe média.*

Quais as principais necessidades de ensino que as pessoas apresentam?

*São principalmente ao nível da educação para a saúde sobre a própria patologia, potencial de recuperação e a utilização de produtos de apoio.*

## **6. Continuidade dos cuidados**

Como são realizados os registos de enfermagem de reabilitação?

*Os registos são efetuados na plataforma informática através do programa Sclinic.*

De que forma a família dos doentes é envolvida no plano de reabilitação?

*A família do doente é crucial em todo o processo de reabilitação, até porque um dos critérios para a ECCL prestar cuidados é que este não apresente situação social precária. São efetuadas reuniões semanais com a família/cuidadores, sendo bastante importantes na continuidade dos cuidados no domicílio.*

### **APÊNDICE III**

#### **Planeamento de Atividades**



## PLANEAMENTO DE ATIVIDADES

DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL			
<b>Competências Gerais e Específicas</b>  Competência A1 – Desenvolve um prática profissional e ética no seu campo de intervenção. Competência A2 – Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. Competência J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.			
Objetivos Específicos	Atividades		Indicadores
1) Integrar de forma progressiva na equipa multidisciplinar, compreendendo a intervenção do EEER neste contexto da prática de cuidados.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação aos elementos da equipa multidisciplinar (Centro de Reabilitação e ECCI);</li> <li>- Observação e compreensão da dinâmica da equipa multidisciplinar, nos locais de estágio;</li> <li>- Observação da intervenção do EEER e a dinâmica da sua intervenção na equipa multidisciplinar;</li> <li>- Conhecimentos dos manuais, protocolos, normas, instrumentos de registo e avaliação, nos diferentes locais de estágio;</li> <li>- Conhecimento dos recursos humanos, físicos e materiais existentes nos diferentes contextos de estágio, que possam ser mobilizados na prestação de cuidados gerais de enfermagem e cuidados de enfermagem especializados em reabilitação.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ter demonstrado conhecimento sobre a organização e os recursos disponíveis nos diferentes locais de estágio.</li> <li>- Ter demonstrado compreensão do funcionamento da equipa multidisciplinar e a dinâmica da sua intervenção;</li> <li>- Ter demonstrado conhecimento acerca do papel do EEER nos diferentes contextos de cuidados.</li> </ul>

<p>2) Desenvolver uma prática profissional, tendo em conta os princípios éticos e deontológicos na área da enfermagem de reabilitação.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desenvolvimento do exercício profissional de acordo com os direitos humanos e o código deontológico;</li> <li>- Colaboração com a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados à pessoa e família, respeitando os seus valores, costumes, privacidade, crenças pessoais e religiosas.</li> <li>- Reflexão sobre a prestação dos cuidados de enfermagem prestados, participando de forma ativa e adequada na tomada de decisão, em parceria com a equipa multidisciplinar e com base em princípios éticos e deontológicos da profissão.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ter desenvolvido uma prática de cuidados de enfermagem de acordo com os princípios éticos, morais e deontológicos que regem a profissão.</li> <li>- Ter demonstrado o envolvimento da pessoa e família/cuidador em processo de reabilitação, na tomada de decisão, de acordo com as intervenções da equipa multidisciplinar.</li> <li>- Ter demonstrado capacidade de reflexão, participando na tomada de decisão em parceria com a equipa multidisciplinar.</li> </ul>
--	--	---

<p>3) Prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com alterações sensorio motoras, e/ou com alterações da eliminação e/ou com patologia respiratória, maximizando o seu potencial, com vista ao autocuidado.</p>	<p>- Realização da colheita de dados, envolvendo a pessoa, família/cuidador e através da consulta do processo clínico, de modo a identificar as principais necessidades de autocuidado.</p> <p>- Avaliação da funcionalidade da pessoa e o seu potencial para a reabilitação, com vista ao autocuidado.</p> <p>- Identificação dos fatores facilitadores/inibidores e recursos disponíveis no contexto de vida da pessoa, para a promoção do autocuidado.</p> <p>- Elaboração e implementação de um plano de cuidados de reabilitação, adaptado às necessidades da pessoa, para otimizar ou reeducar a sua funcionalidade;</p> <p>- Avaliação dos resultados das intervenções implementadas.</p> <p>- Reformulação das intervenções implementadas, sempre que necessário.</p> <p>- Elaboração de registos de enfermagem que deem visibilidade às intervenções implementadas.</p>	<p>- Ter identificado as necessidades de autocuidado da pessoa;</p> <p>- Ter elaborado e implementado, um plano de cuidados de enfermagem de reabilitação, adaptado às necessidades reais das pessoas, visando a promoção do autocuidado e a continuidade dos cuidados em diferentes contextos (Internamento/domicílio/comunidade).</p> <p>- Ter reformulado as intervenções de enfermagem de acordo com as necessidades da pessoa.</p> <p>- Ter elaborado registos de enfermagem pertinentes e utilizando linguagem científica.</p>
<p><b>Recursos</b></p>	<p><u>Humanos</u>: Equipa multidisciplinar, Equipa de Enfermagem, EEER, Enfermeiro Orientador, Docente Orientador, Pessoa, família e/ou cuidador.</p> <p><u>Físicos</u>: Centro de Reabilitação e ECCI; Biblioteca da ESEL.</p> <p><u>Materiais</u>: Normas, manuais e protocolos dos diferentes serviços; Instrumentos de registo; Bibliografia sobre a temática da reabilitação; Código Deontológico do Enfermeiro e outros documentos reguladores da profissão, Carta dos Direitos e Deveres do Doente; Publicações na área da ética e deontologia de enfermagem; Instrumentos de avaliação funcional.</p> <p><u>Temporais</u>: Ver cronograma (Apêndice IV).</p>	

DOMÍNIO DA MELHORIA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS		
<b>Competências Gerais e Específicas</b>		
<p>Competência B1 - Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na prática da governação clínica.</p> <p>Competência B2 - Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.</p> <p>Competência B3 - Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.</p> <p>Competência J2 - Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.</p>		
<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Atividades</b>	<b>Indicadores</b>
<p>4) Ampliar conhecimentos na área da prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com AVC, que permitam a mobilização e utilização da melhor evidência possível.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pesquisa bibliográfica pertinente da melhor evidência possível sobre a temática.</li> <li>- Desenvolvimento de conhecimentos técnicos e científicos na área do AVC.</li> <li>- Desenvolvimento de conhecimentos sobre as principais alterações presentes na pessoa com AVC, a nível da função motora, sensorial, cognitiva, eliminação e da sexualidade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ter consultado bibliografia pertinente sobre a temática do AVC.</li> <li>- Ter desenvolvido conhecimentos teóricos sobre a temática do AVC, baseados na melhor evidência possível e que me permitam prestar cuidados de enfermagem de reabilitação, visando a melhoria dos cuidados.</li> </ul>

<p>5) Participar na implementação de projetos e programas de saúde, de melhoria da qualidade, na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Colaboração em projetos que estejam a ser implementados no SRA do Centro de Reabilitação e na ECCI.</li> <li>- Realização de ensinios à pessoa e família/cuidadores, de acordo com as necessidades sentidas, no diferentes locais de estágio;</li> <li>- Realização de guias orientadores (folhetos, brochuras, posters, entre outros), de acordo com as necessidades identificadas, no locais de estágio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ter colaborado em projetos ou programas de melhoria da qualidade que se encontrem em fase de implementação no Centro de Reabilitação ou na ECCI.</li> </ul>
<p>6) Promover um ambiente terapêutico e seguro, na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa e sua família/cuidador, nos diferentes locais de estágio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificação dos principais fatores de risco que possam comprometer o bem-estar da pessoa ou cuidador;</li> <li>- Envolvimento da pessoa e seu familiar/cuidador na prevenção de fatores de risco ou prejudiciais para a pessoa;</li> <li>- Prestação de cuidados adotando comportamentos seguros</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ter identificado os principais fatores de risco que podem comprometer o bem estar e a segurança da pessoa, procurando minimizá-los, envolvendo esta e a família/cuidador.</li> </ul>

<p>7) Prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com alterações sensório motoras, do foro respiratório ou com alterações da eliminação, maximizando o seu potencial para a promoção das atividades de autocuidado através do treino de AVD, tendo em conta adaptações necessárias às suas limitações.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ensinar à pessoa, familiar/cuidador técnicas de autocuidado que possam contribuir para uma maior independência e qualidade de vida.</li> <li>- Identificação dos produtos de apoio que vão maximizar o bem-estar da pessoa e consequentemente, contribuir para o aumento da sua qualidade de vida.</li> <li>- Ensinar, treinar e supervisionar a utilização dos produtos de apoio com a pessoa/família/cuidador, tendo em vista à promoção do autocuidado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ter envolvido a pessoa e família/cuidador, nos cuidados e ensinos efetuados, com intuito de promoção do autocuidado.</li> <li>- Ter selecionado os produtos de apoio de acordo com a funcionalidade da pessoa e com as necessidades identificadas.</li> <li>- Ter prestado ensinos e supervisão adequada relativamente à utilização e seleção dos produtos de apoio mais adequados a cada situação, no âmbito da reeducação motora e/ou respiratória, com o intuito de promoção do autocuidado.</li> <li>- Ter validado os ensinos efetuados.</li> </ul>
--	--	---

<p>8) Demonstrar conhecimentos que promovam a mobilidade, a acessibilidade e a participação social da pessoa, de acordo com as necessidades identificadas.</p>	<p>- Identificação das principais barreiras arquitectónicas que possam limitar a funcionalidade da pessoa;</p> <p>- Ensino à pessoa, família ou cuidador de estratégias que permitam orientar para a eliminação das barreiras identificadas;</p> <p>- Conhecimento da legislação em vigor e normas técnicas, que permitam a acessibilidade e participação social da pessoa.</p>	<p>- Ter identificado as principais barreiras arquitectónicas limitadoras da funcionalidade da pessoa, sugerindo-lhe estratégias de as ultrapassar.</p> <p>- Ter conhecimento da legislação e normas vigentes que visam a promoção da mobilidade, a acessibilidade e participação da pessoa com doença crónica.</p>
<p><b>Recursos</b></p>	<p><u>Humanos</u>: Equipa multidisciplinar, Equipa de Enfermagem, EEER, Enfermeiro Orientador, Docente Orientador, Pessoa, família e/ou cuidador.</p> <p><u>Físicos</u>: ESEL, Serviço/Biblioteca do Centro de Reabilitação, ECCI;</p> <p><u>Materiais</u>: Computador, Livros, artigos científicos em revistas ou bases de dados EBSCO (MEDLINE, CINAHL), trabalhos académicos ou qualquer bibliografia pertinente na área da reabilitação; produtos de apoio; legislação em vigor sobre a temática em estudo.</p> <p><u>Temporais</u>: Ver cronograma (Apêndice IV).</p>	

DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS		
Competências Gerais e Específicas		
<p>Competência C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.</p> <p>Competência J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p>		
Objetivos Específicos	Atividades	Indicadores
<p>9) Colaborar na gestão do cuidados de enfermagem de reabilitação, garantindo a segurança e a qualidade das tarefas delegadas, nos locais de estágio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestão de forma criteriosa dos cuidados de enfermagem de reabilitação, promovendo a sua qualidade e segurança;</li> <li>- Realização de ações formativas à equipa multidisciplinar, de acordo com as necessidades identificadas.</li> <li>- Delegação de cuidados de enfermagem de reabilitação a outros profissionais;</li> <li>- Supervisão e avaliação dos cuidados prestados em situação de delegação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ter prestado cuidados de enfermagem de reabilitação dando primazia à qualidade e segurança dos mesmos;</li> <li>- Ter delegado cuidados de enfermagem de reabilitação com supervisão dos mesmos, dando ênfase à segurança e qualidade dos mesmos e tendo em conta as necessidades de formação dos profissionais.</li> </ul>



<p>10) Colaborar na implementação de programas de treino motor e cardiorrespiratório, na pessoa com alterações sensório motoras, e/ou patologia respiratória e/ou com alterações da eliminação.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consulta de bibliografia pertinente sobre programas de treino motor e cardiorrespiratório;</li> <li>- Desenvolvimento de programas de treino motor e cardiorrespiratório, de acordo com os objetivos individuais da pessoa;</li> <li>- Ensino, instrução e treino das atividades programadas com vista à promoção do autocuidado, procurando o envolvimento da pessoa e família ou cuidador.</li> <li>- Avaliação dos resultados obtidos e reformulação do plano de cuidados implementado, de acordo com as necessidades identificadas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ter desenvolvido, treinado e avaliado programas de reabilitação na área motora e cardiorrespiratória, promovendo o autocuidado da pessoa.</li> <li>- Ter desenvolvido competências nas diferentes áreas de atuação do EEEER, com vista à prestação de cuidados de excelência.</li> </ul>
<p><b>Recursos</b></p>	<p><u>Humanos</u>: Equipa multidisciplinar, Equipa de Enfermagem, EEEER, Enfermeiro Orientador, Docente Orientador, Pessoa, família e/ou cuidador.</p> <p><u>Físicos</u>: ESEL, Serviço/Biblioteca do Centro de Reabilitação, ECCI;</p> <p><u>Materiais</u>: Bibliografia sobre a área da reabilitação, legislação, normas e protocolos em vigor nos serviços.</p> <p><u>Temporais</u>: Ver cronograma (Apêndice IV).</p>	

DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS		
Competências Gerais e Específicas		
Competências D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a Assertividade. Competências D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.		
Objetivos Específicos	Atividades	Indicadores
11) Desenvolver estratégias para o autoconhecimento, que facilitem o relacionamento com a pessoa e com a equipa multidisciplinar.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reflexão sobre a minha prática diária.</li> <li>- Realização de reuniões formais e informais periódicas, com a enfermeira e docente orientadora, procurando discutir sobre os aspetos positivos/negativos e aspetos necessários para melhorar a prestação de cuidados.</li> <li>- Desenvolvimento de estratégias capazes de evitar/resolver possíveis conflitos na equipa ou no decorrer da prestação de cuidados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ter demonstrado capacidade de reflexão para reconhecer as suas capacidades, limitações e aspetos a melhorar.</li> <li>- Ter demonstrado capacidades de resolução de conflitos que possam existir;</li> </ul>
12) Basear a prática clínica especializada em sólidos e válidos conhecimentos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Articulação dos conhecimento teóricos com a prestação direta de cuidados de enfermagem de reabilitação, de uma forma eficaz.</li> <li>- Análise e reflexão periódica de situações da prática profissional com o intuito de consolidação de conhecimentos teóricos e práticos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ter demonstrado conhecimentos teóricos e práticos, no âmbito da prestação de cuidados especializados em ER.</li> </ul>
Recursos		
<u>Humanos:</u> Equipa multidisciplinar, Equipa de Enfermagem, EEER, Enfermeiro Orientador, Docente Orientador, Pessoa, família e/ou cuidador. <u>Físicos:</u> Centro de Reabilitação, ECCI; <u>Materiais:</u> Bibliografia sobre a área da reabilitação. <u>Temporais:</u> Ver cronograma.		

#### **APÊNDICE IV**

##### **Cronograma dos Objetivos Específicos**

## Cronograma dos Objetivos Específicos

[illegible]

## **APÊNDICE V**

Protocolo de Pesquisa para Elaboração da *Scoping Review*

## PROTOCOLO DE PESQUISA PARA ELABORAÇÃO DA SCOPING REVIEW

A pesquisa realizada foi desenvolvida através do recurso às bases de dados MEDLINE e CINAHL, na plataforma EBSCOhost, sendo definida a seguinte questão de investigação:

**Quais os programas de reabilitação sensório motora, com vista à promoção das atividades de autocuidado, na pessoa que sofreu AVC, em contexto hospitalar ou domiciliário?**

A pergunta, e os critérios de inclusão e exclusão dos estudos, foram formulados segundo a mnemónica **PCC**, em que **P** significa a população em estudo, **C** o conceito a estudar, e **C** o contexto em que se insere o estudo. Os critérios de inclusão e exclusão definidos inicialmente foram a linha orientadora para a pesquisa dos termos nas bases de dados, bem como para avaliar a relevância dos estudos para a revisão, encontrando-se representados no quadro que se segue.

Quadro 1. Critérios de Inclusão e Exclusão dos Estudos

	<b>Critérios de Inclusão</b>	<b>Critérios de exclusão</b>
<b>População</b>	Pessoas com AVC.	Pessoas sem AVC.
<b>Conceito</b>	Relação entre reabilitação sensório motora e a promoção das atividades de autocuidado.	Sem relação entre reabilitação sensório motora e promoção das atividades de autocuidado.
<b>Contexto</b>	Hospital ou domicílio	Hospital (fase aguda do AVC).

De acordo com a tipologia da questão de investigação incluí na revisão, todos os tipos de estudos se cumprissem os critérios definidos e se revelassem relevante para a revisão. A pesquisa teve início com a identificação das palavras-chave nas bases de dados CINAHL e MEDLINE, limitando os resultados à data de publicação entre Janeiro de 2005 e Janeiro de 2016. Inicialmente era meu objectivo reduzir a pesquisa a cinco anos, mas encontrei pouca evidência relativa ao conceito principal

(AVC/Stroke). Posteriormente defini os termos indexados de pesquisa, que foram combinados através das expressões booleanas AND e OR da seguinte forma:

Quadro 2. Síntese da Primeira Pesquisa Efetuada

Mnemónica			Palavras-chave	CINAHL	
<b>P</b>	População	Pessoas com AVC	Stroke (S1)	46,275	(S1) = P1
<b>C</b>	Contexto	Hospital ou domicílio	Rehabilitation Nursing (S2)	2, 244	S2 = P2
<b>C</b>	Conceito	Promoção das atividades de autocuidado	Self-care (S3)  Activities of daily living (S4)	26, 255  23,006	S3 OR S4 = P3
Resultado de pesquisa			(P1) AND (P2) AND (P3) = 19		

Após ter encontrado 19 artigos, limitei os resultados às datas entre 2005 e 2016, tendo ficado com 14 artigos no total. Depois da leitura do seu título e *abstract*, selecionei 4 artigos. De referir que um dos artigos selecionados, não se encontrava disponível na base de dados, pelo que enviei um e-mail aos autores a solicitar o mesmo, tendo-me concedido o mesmo na sua totalidade.

Foram utilizados os mesmos descritores nas duas bases de dados referidas, no entanto, os artigos foram selecionados da base de dados CINAHL.

De seguida exponho um resumo dos 4 artigos selecionados.

<b><u>1º Artigo</u></b>	Nursing activities in self-care and rehabilitation of patients who suffered Strok
<b><u>Autor/Ano</u></b>	Lessmann, J., Conto, F., Ramos, G., Borenstein, M., Meirelles, B., (2011)
<b><u>Objetivo</u></b>	Compreender quais os benefícios de um programa de reabilitação na pessoa que sofreu AVC e que apresenta défice nas atividades de autocuidado.
<b><u>Descrição</u></b>	O estudo foi realizado entre Maio e Julho de 2006, incluindo 15 indivíduos (8 homens, 7 mulheres, com idades entre 48 e 75 anos). Todos eles apresentavam espasticidade, tendo sofrido um AVC entre 45 dias e 5 anos.
<b><u>Conclusão</u></b>	Um programa de reabilitação à pessoa com AVC, deve contemplar atividades de estimulação sensorial, motora, controlo postural, amplitude de movimentos e treino de marcha, acompanhados de ações de educação para a saúde, de forma a minimizar os danos e incapacidades da pessoa.

<b><u>2º Artigo</u></b>	Considering the Psychological Effects of Stroke.
<b><u>Autor/Ano</u></b>	Welch; R., (2008).
<b><u>Objetivo</u></b>	Consiste numa revisão sistemática da literatura que visa compreender os efeitos psicológicos que o AVC pode causar na pessoa.
<b><u>Descrição</u></b>	O artigo remete para a importância dos profissionais de saúde compreenderem os efeitos que o AVC pode causar na pessoa, não só a nível motor, mas também a nível psicológico. A pessoa apresenta sentimentos de incerteza e medo pelo futuro, perda do controlo do corpo e mudança nos estilos de vida, nomeadamente nas relações sociais e profissionais.
<b><u>Conclusão</u></b>	O profissional de saúde deve compreender os sentimentos das pessoas que sofreu AVC, permitindo que este se adapte à sua nova condição de saúde, pois caso contrário, o programa de reabilitação poderá estar comprometido.



<b><u>3º Artigo</u></b>	Patients experiences with self-referral to in-patient rehabilitation: a qualitative interview study.
<b><u>Autor/Ano</u></b>	Andreassen, S. & Wyller, T., (2005).
<b><u>Objetivo</u></b>	Compreender quais os objetivos e a satisfação da pessoa (incluindo a pessoa com AVC), ao integrar num programa de reabilitação.
<b><u>Descrição</u></b>	Foram realizadas entrevistas a 8 pessoas (três tinha sofrido AVC, quatro apresentavam Esclerose Múltipla e uma tinha sofrido hemorragia subaracnoideia), para compreender quais os seus objetivos ao integrarem num programa de reabilitação, tendo emergido três categorias: 1) uns desejavam programas de educação para a saúde de modo a arranjam estratégias para lidar com as incapacidades decorrentes da doença; 2) outros perspectivavam um treino motor intenso a fim de melhorar a força muscular e as atividades de autocuidado; 3) e outros queriam aprender estratégias para melhorar a qualidade de vida.
<b><u>Conclusão</u></b>	É importante que o profissional compreenda os objetivos da pessoa ao integrar um programa de reabilitação, pois muitas vezes esses diferem dos objectivos dos profissionais, levando a desmotivação por ambas as partes.

<b><u>4º Artigo</u></b>	<u>The nature of nursing care and rehabilitation of female stroke survivors: the perspective o hospital nurses.</u>
<b><u>Autor/Ano</u></b>	<u>Kvigne, K., Kirkevold, M. &amp; Gjengedal, E., (2005).</u>
<b><u>Objetivo</u></b>	Compreender se existem diferenças de objetivos entre homens e mulheres, na integração de um programa de reabilitação. Compreender se os enfermeiros antes do estabelecimento de um programa de reabilitação, têm em conta o género da pessoa.
<b><u>Descrição</u></b>	Foram entrevistadas 14 enfermeiros e 25 pessoas que sofreram um AVC. O estudo revela que as mulheres ao integrarem um programa de reabilitação, dão primazia ao treino de AVD (higiene, vestir-se, alimentar-se), enquanto os homens preferem focar-se no treino de força. Relativamente aos enfermeiros entrevistados, estes referem não ser dada grande relevância ao género da pessoa ao estabelecerem um programa de reabilitação.
<b><u>Conclusão</u></b>	O estudo sugere que um programa de reabilitação deve ser individualizado e estabelecido de acordo com as verdadeiras necessidades da pessoas, sendo que essas diferem com o género.

Uma vez que os artigos selecionados não respondem na totalidade à questão de investigação, achei pertinente efetuar uma segunda pesquisa. Também esta começou com a identificação das palavras-chaves. Foram utilizados os mesmos descritores, no entanto os artigos foram selecionados da base de dados MEDLINE. De seguida exponho a síntese da segunda pesquisa efetuada.

Quadro 4. Síntese da Segunda Pesquisa Efetuada

Mnemónica			Palavras-chave	MEDLINE	
<b>P</b>	População	Pessoas com AVC	Stroke (S1)	72,452	(S1) = P1
<b>C</b>	Contexto	Hospital ou Domicílio	Rehabilitation Nursing (S2)  Rehabilitation (S3)  Physiotherapy (S4)	1, 252  17,123  24, 798	S2 OR S3 OR S4 = P2
<b>C</b>	Conceito	Promoção das atividades de autocuidado	Activities of daily living (S5)	54,151	S5 = P3
Resultado de pesquisa			(P1) AND (P2) AND (P3) = 201		

Após ter encontrado 201 artigos, limitei os resultados a *Full Text*, tendo identificado 87 artigos. Posteriormente limitei a pesquisa, às datas entre 2005 e 2016, tendo resultado 69 artigos, dos quais após leitura do seu título e *abstract*, selecionei dois artigos, tendo efetuado um resumo dos mesmos.

Quadro 5. Síntese dos Artigos Seleccionados na Segunda Pesquisa

<b><u>1º Artigo</u></b>	<u>Physiotherapy and physical functioning 4 years later? Long-term follow-up after a 1- year long-term intervention period: A randomized controlled trial.</u>
<b><u>Autor/Ano</u></b>	<u>Langhammer, B., Lindmark, B. &amp; Stanghelle, (2014).</u>
<b><u>Objetivo</u></b>	Compreender de que forma um programa de reabilitação sensório-motor, pode aumentar a qualidade de vida da pessoa que sofreu AVC.
<b><u>Descrição</u></b>	O estudo incluiu 37 pessoas: 19 tinham sido submetidas a exercício intenso e 18 a exercício regular, no primeiro ano após sofrerem um AVC. Três anos depois estas pessoas foram reavaliadas, não se tendo verificado grandes melhorias a nível sensorial e motor, no período após suspensão do exercício.
<b><u>Conclusão</u></b>	O estudo sugere que um programa de reabilitação à pessoa que sofreu AVC deve ser estabelecido a longo prazo, de modo a reduzir as incapacidades que podem resultar da doença.

<b><u>2º Artigo</u></b>	<u>The Dress trial: feasibility randomized controlled trial of a neuropsychological approach to dressing therapy for stroke in patients.</u>
<b><u>Autor/Ano</u></b>	Walker, M., Sunderland, A., Smith, J., Drummond, A., Logan, P. Edmans, J. ..., Fisher, R., (2011).
<b><u>Objetivo</u></b>	Investigar qual a melhor abordagem de tratamento à pessoa que sofreu AVC e que apresenta dificuldades na AVD vestir-se.
<b><u>Descrição</u></b>	O estudo foi efetuado numa unidade de internamento, incluindo 70 pessoas que tinham sofrido um AVC há duas semanas. Foram formados dois grupos de forma aleatória que permaneceram no programa de reabilitação durante seis semanas. No grupo experimental foi feita uma avaliação neuropsicológica completa sendo estabelecido um programa de reabilitação individualizado baseando-se nos problemas individuais de cada doente. O grupo de controlo foi submetido a um programa de reabilitação convencional.
<b><u>Conclusão</u></b>	Ambos os grupos apresentaram melhorias na capacidade de se vestir, no entanto o grupo experimental, apresentou melhores resultados na capacidade de se vestir, principalmente nos doentes com lesão no hemisfério direito.

## **APÊNDICE II**

Jornal de Aprendizagem – ECCI (1)



**Curso de Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização em**  
**Enfermagem de Reabilitação**

**Jornal de Aprendizagem**  
**ECCI (1)**

Sara Conde, N° 6704

**Enfermeira Orientadora:** Adélia Ferreira

**Professora Orientadora:** Cristina Saraiva

**Lisboa**

**Dezembro de 2016**

Período de estágio: 28-11-2016 a 16-12-2016

Para melhor compreensão da dinâmica e funcionamento da ECCL, foi-me proposta a realização de um JA relativo à sua caracterização e organização. Para tal, senti necessidade de compreender como se organizam os Centros de Saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS) que se designam por ACES, pelo que achei pertinente aprofundar conhecimentos relativamente a esta temática, elaborando um breve resumo sobre a informação pesquisada.

Os ACES constituem serviços de saúde com autonomia administrativa, sendo formados por diversas unidades funcionais que incluem um ou mais centros de saúde (Artigo 2º, decreto-lei nº 137/2013). A sua missão baseia-se na prestação de cuidados de saúde primários à população, através do desenvolvimento de atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade de cuidados (Artigo 3º, decreto-lei nº 137/2013). Estes também promovem outras atividades como a vigilância epidemiológica, investigação em saúde, controlo e avaliação dos resultados e ainda participação na formação de diversos grupos profissionais (Artigo 3º, decreto-lei nº 137/2013).

Os ACES compreendem unidades funcionais, tais como: Unidade de Saúde Familiar, Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, UCC, Unidades de Saúde Pública e Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (Artigo 7º, decreto-lei, nº 137/2013). Cada uma das unidades referidas apresenta como características comuns a constituição por uma equipa multiprofissional com autonomia organizativa e técnica, atuando em cooperação com as demais unidades funcionais do centro de saúde e do ACES (Artigo 8º, decreto-lei, nº 137/2013).

A UCC tem como objetivo a prestação de cuidados de saúde e apoio psicológico e social ao nível domiciliário e comunitário, sendo o seu foco de intervenção, pessoas e famílias em maior situação de vulnerabilidade e maior risco de dependência física ou funcional (Artigo 11º, nº 137/2013). A UCC é constituída por diversos profissionais de saúde, de acordo com as necessidades e disponibilidades de recursos, encontrando-se integrada na RNCCI, que é constituída por unidades e equipas de cuidados continuados de

saúde, e ou apoio social, e de cuidados e ações paliativas, com origem nos serviços comunitários de proximidade, abrangendo hospitais, centros de saúde, serviços distritais e locais de segurança social, a rede solidária e as autarquias locais (Artigo 2º, decreto-lei nº 101/2006). Tanto a nível hospitalar, como ao nível dos Cuidados de Saúde Primários é sempre necessário proceder-se a uma avaliação de vários profissionais para verificar a existência, ou não, de critérios para que a pessoa se possa inscrever na RNCCI.

Os CCI tratam-se de intervenções de saúde e ou de apoio social, que se centram na recuperação global que visa promover a autonomia, a funcionalidade da pessoa em situação de dependência através da sua reabilitação, readaptação, reinserção familiar e social (Artigo 3º, decreto-lei nº 101/2006).

São assegurados por: a) Unidades de Internamento (Unidades de Convalescença, de média duração e reabilitação, de longa duração e manutenção e ainda de cuidados paliativos); b) Unidades de ambulatório (Unidade de dia e promoção de autonomia); c) Equipas Hospitalares (equipas de gestão de altas e intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos); d) Equipas domiciliárias (ECCI e equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos) (Artigo 12º, decreto-lei nº 101/2006).

A ECCI é uma equipa constituída por médicos, enfermeiros, enfermeiros de reabilitação e técnicos de apoio social que prestam cuidados a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar-se de forma autónoma (Artigo 27º, decreto-lei nº 101/2006). Esta equipa deve assegurar cuidados domiciliários de enfermagem e médicos de natureza preventiva, curativa e de reabilitação, cuidados de fisioterapia, apoio psicossocial e ocupacional envolvendo a família e prestadores de cuidados, educação para a saúde, apoio nas AVD e satisfação das necessidades básicas e coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais (Artigo 28º, decreto-lei nº 101/2006). Assim, os cuidados são prestados com o doente em casa, mas têm de ter um cuidador de referência presente, não apresentando custos para o mesmo (Maia, Ribeiro & Temudo, 2016).

A presente UCC (onde está integrada a ECCI) é uma unidade integrante do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras, apresentando como áreas de influência cinco freguesias de Oeiras Ocidental, nomeadamente, Oeiras e São Julião da Barra, Paço d'Arcos, Caxias, Porto Salvo e Barcarena.

A ECCI presta cuidados a cerca de 20 doentes em regime domiciliário, sendo constituída por uma equipa multidisciplinar de três EEER, um Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica, um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, uma médica, duas assistentes sociais e duas psicólogas. Cada enfermeiro é responsável pela gestão de caso de cerca de quatro a cinco doentes e realiza cerca de quatro visitas domiciliárias diárias, com duração variável, sendo a média uma hora por sessão.

Entende-se por gestão de caso, o processo orientado para a coordenação de recursos, criação de opções de cuidados de saúde flexíveis com boa relação custo-eficácia, em colaboração com a equipa de tratamento do indivíduo e com as suas famílias, de modo a facilitar os melhores resultados para os cuidados de saúde (Hoeman, 2011). Trata-se de um processo que deve satisfazer as verdadeiras necessidades da pessoa, otimizando a qualidade dos cuidados e promovendo a contenção de custos.

No que concerne ao ingresso da pessoa na RNCCI este é sempre feito através de uma Equipa Coordenadora Local (ECL), mediante uma proposta que pode ser feita pela Equipa de Gestão de Altas (EGA) do hospital da área de referência ou pelo médico do ACES da área geográfica do Centro de Saúde a que a pessoa pertence. Assim a ECL “após análise e decisão sobre a situação referenciada, identifica e providencia o melhor recurso da Rede que corresponde às necessidades do doente/família, sendo de igual forma, a responsável pela verificação do cumprimento dos critérios de referenciação” (Ministério da Saúde, 2007, p. 17). A decisão de admissão da pessoa na RNCCI cabe sempre à ECL, cuja área de influência recai o domicílio do doente.

Quando este é admitido na presente ECCI, é realizada uma visita domiciliária, onde deve estar presente o enfermeiro, o médico e o assistente social. Nessa é realizada uma avaliação clínica e social da pessoa, pretendendo-se conhecer o seu cuidador, sendo elaborado um plano individual



de intervenção (PII), de modo a dar resposta às suas necessidades físicas, psicológicas e sociais. O PII define-se como o “conjunto dos objetivos a atingir face às necessidades identificadas e das intervenções daí decorrentes, visando a recuperação global ou a manutenção tanto nos aspetos clínicos como sociais” (Artigo 3º, decreto-lei nº 101/2006, p. 3857). Importa referir que o EEER na realização da visita domiciliária faz um estudo sobre barreiras arquitectónicas existentes, procurando junto da pessoa, definir estratégias de as eliminar ou contornar. Identifica ainda alguns produtos de apoio adequados para cada situação e contexto, tendo em conta as condições económicas da pessoa/família, direccionando os exercícios/técnicas necessárias e adaptados à realidade da mesma. Quinzenalmente, às terças-feiras, a equipa reúne no período da tarde sendo discutido o PII, que posteriormente é ajustado às necessidades do indivíduo.

No âmbito da ECCI, o EEER procura assegurar que a pessoa mantenha a sua saúde, e que aquelas com doenças crónicas, possam desenvolver ao máximo as suas capacidades físicas e mentais, garantindo-lhes o acesso aos serviços e às mesmas oportunidades, sendo ativos na comunidade e sociedade em geral (Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação, 2010). A ação do EEER é fulcral na promoção da saúde e prevenção da doença/morbilidade, junto dos indivíduos, família e/ou cuidadores. Este assume um papel fulcral na avaliação da necessidade de utilização de produtos de apoio, essenciais na promoção da autonomia, na avaliação das condições habitacionais e na orientação para alteração das estruturas físicas (Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação, 2010).

Decorridas três semanas de estágio, considero-me integrada na equipa multidisciplinar. A experiência vivenciada Centro de Reabilitação, constituiu um alicerce fundamental neste processo, contribuindo para uma maior confiança e segurança na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação. No entanto, a prestação de cuidados em contexto comunitário é muito distinta do meu contexto profissional, pelo que senti necessidade de consultar legislação vigente, relativa à organização dos ACES do Serviço Nacional de Saúde, e compreender o modo como se integra a ECCI na RNCCI, tal como a terminologia utilizada relativa às diferentes unidades de apoio existentes.

Numa fase inicial, durante as visitas domiciliares realizadas, adotei um papel maioritariamente de observação, que constituiu uma estratégia facilitadora na minha integração, uma vez que me permitiu conhecer cada doente/família e compreender a sua dinâmica, facilitando a minha intervenção, na medida em que me possibilitou progressivamente um maior grau de autonomia nas intervenções implementadas. Relativamente às intervenções de enfermagem de reabilitação tive oportunidade de realizar junto dos doentes, mobilizações ativas, ativas-assistidas e mobilizações passivas; exercícios de fortalecimento muscular dos membros superiores e inferiores, exercícios de treino de equilíbrio em pé e sentado, atividades terapêuticas no leito, treino de subir e descer escadas, treino de marcha, exercícios de reeducação funcional respiratória e ensino ao doente e cuidador sobre posicionamentos, transferências e alimentação/hidratação da pessoa com alteração da deglutição.

Na prestação de cuidados em contexto comunitário um dos aspetos que tenho verificado é a proximidade existente entre o EEER e o doente/família/cuidador. A pessoa cuidada nem sempre dá primazia aos conhecimentos teóricos e à componente técnica, privilegiando a componente relacional. O profissional é reconhecido como um parceiro, ou mesmo um amigo, encontrando-se numa posição privilegiada para identificação dos reais problemas do indivíduo e assim prestar cuidados de forma holística, em detrimento do modelo biomédico, que atualmente ainda se verifica, predominantemente na prestação de cuidados a nível hospitalar. Para ilustrar o referido, saliento o caso de uma doente de 65 anos, que reside só. Esta foi submetida a ATA esquerda, em Novembro de 2016, sendo referenciada para ECCI para realização de reabilitação motora, com o objetivo de restabelecer a autonomia na marcha e nas suas atividades de autocuidado.

Na avaliação do Índice de Barthel verifiquei que esta apresentava um grau de dependência leve (75 pontos), necessitando de ajuda de terceiros (apoio domiciliário) para as atividades de autocuidado, higiene e vestuário. Na avaliação da força muscular em todos os movimentos dos segmentos corporais através da *Medical Research Council Motor Scale*, apenas foram verificadas alterações ao nível dos segmentos do membro inferior esquerdo (4/5). Na

avaliação do equilíbrio, esta apresenta equilíbrio estático e dinâmico sentada e na posição de pé.

Tive logo oportunidade de intervir junto da mesma, inicialmente sob orientação da Enfermeira Orientadora e posteriormente com maior autonomia. As intervenções de enfermagem de reabilitação que tive oportunidade de implementar constituíram exercícios para fortalecimento muscular com mobilizações ativas de todos os movimentos dos segmentos corporais à exceção do membro inferior esquerdo, onde foram realizadas mobilizações ativas-assistidas. Progressivamente foi introduzido o treino de subir e descer escadas e posteriormente, treino de marcha que executa com eficácia. Foi também realizado ensino sobre movimentos que esta não deveria fazer (flexão da coxo-femoral acima dos 90° e adução além da linha média do corpo), treino de entrar e sair do carro e também sobre estratégias a adotar nas suas atividades de autocuidado, nomeadamente o vestir-se e a higiene. Ao longo do programa de reabilitação implementado esta foi adquirindo maior autonomia, alcançando os objetivos definidos no PII, pelo que foi programada a sua alta da ECCI. Quando abordada relativamente a esta temática, foi notória a sua tristeza, mencionando que via em nós um grande apoio e que já nos considerava parte da família, receando sentir-se novamente só. De modo a contornar esta situação, tem-se adotado um desmame progressivo na realização de visitas domiciliárias semanais, estando a ser integrada num projeto que se encontra a decorrer no Centro de Saúde, orientado por duas EEER, denominado de Academia da Mobilidade, que fomenta a atividade física na terceira idade, minimizando situações de isolamento da pessoa.

Na prestação de cuidados de enfermagem em contexto comunitário é frequente prestar cuidados a doentes que se encontram em camas não articuladas, sem rodas, muitas das vezes encostadas à parede comprometendo o princípio da dinâmica corporal. Em vários momentos tem sido realizado treino de marcha em apartamentos de tipologia T0 sem acesso a elevador ou por vezes o treino de marcha que previamente tinha sido planeado na rua tem de ser alterado devido a condições climáticas. Uma vez que no meu local de trabalho disponho de todas as condições para a prestação de cuidados, senti inicialmente algumas dificuldades, não só com as condições

estruturais e habitacionais encontradas, mas também pelas condições de higiene presentes em alguns domicílios, exigindo da minha parte, uma boa capacidade de adaptação e improvisação.

No que concerne aos registos de enfermagem estes são de extrema importância para uma prestação de cuidados com qualidade, uma vez que constituem um momento de reflexão da nossa prática. Trata-se de uma ação que contribui para a continuidade de cuidados e para a visibilidade do trabalho prestado. Na ECCI estes são efetuados informaticamente no programa *SClínico* e no aplicativo da RNCCI, o *Gestcare* CCI. Apesar de no meu contexto profissional também ser utilizado o programa *SClínico*, este apresenta algumas diferenças, pelo que inicialmente constituiu um obstáculo na consulta do processo de enfermagem dos doentes e na realização diária dos registos. Progressivamente tenho-me vindo a adaptar a estes programas, desenvolvendo maior perícia na sua utilização, sendo o apoio e supervisão da Enfermeira Orientadora uma mais valia.

Dando finalidade à minha reflexão tenho verificado que a intervenção do EEER na ECCI é crucial, não só na área da reabilitação sensorial e motora, mas também na área de reabilitação respiratória, o que me irá permitir desenvolver os objetivos a que me propus no meu projeto de formação, e assim, desenvolver competências pessoais, profissionais e sociais como futura enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Associação Portuguesa de Enfermeiros de Reabilitação (2010). *Contributos para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016*. Acedido a: 10/12/2016. Disponível em: <http://aper.pt/ficheiros/documentos/aper2.pdf>

Decreto – Lei nº 101/2006 de 6 de Junho (2006). Diário da República I Série – A, nº 109 (6 de Junho de 2006), p. 3856-3865. Acedido a: 15/12/2016. Disponível em: <http://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/document/file/1366/upload-pdf-legislacao-11-2006-Decreto - Lei n. 101-2006 de 6 de Junho.pdf>.

Decreto - Lei nº 137/2013 de 7 de Outubro (2013). Republicação do Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro. Diário da República 1.ª série, nº 193 (7 de Outubro de 2013), p. 6050 - 6061. Acedido a: 15/12/2016. Disponível em: <https://dre.pt/application/dir/pdf1sdip/2013/10/19300/0605006061.pdf>

Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de Reabilitação – prevenção, intervenção e resultados esperados* (Saraiva, C., Mertens, J., Abecassis, L., Abecassis, M., Sousa, M., Negrão, M. ... Azevedo, R., trad). 4ª Edição. Loures: Lusodidacta. (Tradução do original do inglês Rehabilitation Nursing – prevention, intervention, & outcomes, 4ª ed., 2008, Naples: Mosby).

Maia, D., Ribeiro, C. & Temudo, A. (2016). *Do Hospital para Casa e Agora?* Alfragide: Oficina do Livro.

Ministério da Saúde (2007). A equipa de cuidados continuados integrados: orientações para a sua constituição no centro de saúde. Lisboa. Acedido a: 15/12/2016. Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Orientacoes-para-a-constituicao-nos-centros-de-saude2.pdf>

### **APÊNDICE III**

1º Processo de Enfermagem de Reabilitação - Centro de Reabilitação



**Curso de Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização em**  
**Enfermagem de Reabilitação**

**1º PLANO DE CUIDADOS**

Centro de Reabilitação  
Serviço de Reabilitação de Adultos

Sara Conde, N° 6704

**Enfermeira Orientadora:** Patrícia Veríssimo

**Professora Orientadora:** Cristina Saraiva

**Lisboa**

**Novembro de 2016**

## 1. COLHEITA DE DADOS

**Data de Admissão:** 03/11/2016

**Identificação do utente:** Sr. J. A.

**Idade:** 64 Anos.

**Raça:** Caucasiana.

**Nacionalidade:** Portuguesa.

**Estado Civil:** Casado.

**Residência:** Mem Martins.

**Escolaridade:** 4º Ano.

**Profissão:** Operário Fabril – indústria metalomecânica (neste momento de baixa médica por doença).

**Religião:** Católica (não praticante).

**Condições Ambientais e Habitacionais:** Reside em casa alugada, Rés-do-chão, com 6 degraus de acesso. Casa com água e gás canalizado, eletricidade. Casa de banho com banheira. A cuidadora principal do doente é a esposa (com quem reside).

**Pessoas Significativas:** Esposa, duas filhas e quatro netas. Aparentemente bom relacionamento e apoio familiar.

**Diagnóstico de Internamento:** AVC isquémico lacunar da coroa radiária esquerda, com hemiparesia do hemicorpo direito.

**História da Doença Atual** (informação retirada do diário clínico): O Sr. J. A., no dia 08/08/2016 apresentou quadro de diminuição da força muscular no membro inferior direito enquanto se encontrava na rua a caminhar, tendo este progredido nas horas seguintes com envolvimento do membro superior direito e alteração do discurso. No dia 09/08/2016 recorre ao Serviço de Urgência do Hospital Fernando da Fonseca onde foi observado.

Na realização do exame neurológico: vígil, discurso fluente, com nomeação, repetição e compreensão mantidas. Apresenta disartria. Pupilas: isocóricas e isorreactivas. Sem oftalmoparésias, diplopia ou nistagmo. Apresenta parésia facial central direita. Sem alterações de sensibilidade na face. Disfagia para líquidos. Apresenta plegia braquial (0/5) e parésia crural do hemicorpo direito (3/5). Realizou TAC CE que não revelou lesões agudas, mas no dia 10/08/2016 evidenciou a



existência de lesão isquêmica de novo na coroa radiária esquerda, sem novas consequências visíveis.

Ao longo do internamento apresentou uma evolução favorável, com melhoria parcial dos défices descritos anteriormente. Realizou sessões de fisioterapia e terapia ocupacional. Teve alta para domicílio sendo referenciado para o Centro de Reabilitação onde ingressa a 03/11/2016.

**História Clínica Progressiva:** HTA, Hipercolesterolemia e Diabetes Mellitus Tipo II. Sem hábitos tabágicos ou aditivos. Sem alergias referidas pelo doente ou descritas em diário clínico.

**Terapêutica Atual:** Ácido acetilsalicílico, 150 mg, 1 cp ao almoço; Pioglitazona, 30 mg, 1 cp ao pequeno-almoço; Rosuvastatina, 20 mg, 1 cp ao jantar; Metformina/Vildagliptina 50/1000 mg, 1 cp ao almoço, Amlodipina, 10 mg, 1 cp ao jantar; Bromazepam, 1,5 mg, 1 cp ao deitar; Hidroxizina, 25 mg, 1 cp ao deitar; Trazadona, 50 mg, 1 cp ao deitar; Esomeprazol, 20 mg, 1 cp em jejum; Furosemida, 40 mg, 1 cp em jejum; Irbesartan, 150 mg, 1 cp ao pequeno-almoço.

**Conhecimentos e expectativas sobre a condição de doença:** Doente consciente da sua condição de doença e das suas limitações funcionais e cognitivas. Refere como expectativas para o internamento andar sem desequilíbrio e conseguir que o braço direito apresente o máximo de funcionalidade. Sabe que pode necessitar de apoio da esposa, mas gostava de realizar as suas atividades de autocuidado de forma independente.

Esposa está consciente da condição de doença do seu familiar, das suas limitações funcionais e cognitivas. Refere que o marido continua a ser uma pessoa muito positiva e motivada para aprender, pelo que apresenta como expectativas que este consiga realizar de forma independente as suas AVD. Refere necessitar de ensinamentos, nomeadamente: realização de transferências de forma segura, posicionamentos a adotar no leito, apoio nos cuidados de higiene e vestuário. Relativamente ao futuro, pretende que o familiar regresse ao domicílio, com a maior funcionalidade possível.

## 2. AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO Data: 03/11/2016

Cuidados de higiene pessoal e banho: prática de cuidados de higiene diária, sendo anteriormente totalmente independente. Não utilizava produtos de apoio.

### Medida de Independência Funcional Adaptada\* - Higiene e vestir-se

\* Escala utilizada no Centro de Reabilitação

		<b>Indep. Completa</b>	<b>Indep. Modificada</b>	<b>Supervisão</b>	<b>Ajuda mínima (≥75%)</b>	<b>Ajuda moderada (50%-74%)</b>	<b>Ajuda máxima (25%-49%)</b>	<b>Ajuda total (0%-25%)</b>
<b>Higiene</b>	Higiene oral					x		
	Higiene facial					x		
	Pentear o cabelo				x			
	Barbear				x			
	Maquilhar							
	Banho					x		
<b>Vestuário ½ Superior</b>	Camisola					x		
	Camisa					x		
	Casacos							
	Soutien						—	
<b>Vestuário ½ inferior</b>	Calças						x	
	Meias elásticas						—	
<b>Calçado</b>	Meias						x	
	Sapatos						x	

### Medida de Independência Funcional (MIF)

Auto-cuidados	A- Alimentação	3	
	B – Higiene Pessoal	3	
	C - Banho	3	
	D – Vestir Metade Superior	3	
	E – Vestir Metade Inferior	2	
	F – Utilização da Sanita	3	
Controlo dos Esfíncteres	G - Bexiga	6	
	H - Intestino	6	
Mobilidade	I – Transferência de cama, cadeira, cadeira de rodas (CR)	3	
	J - Sanita	3	
	K – Banheira, Duche	3	
Locomoção	L – Marcha (M)/ CR	M	3
		CR	5
	M - Escadas	2	
Comunicação	N – Compreensão (auditiva/visual)	A	7
		V	7
	O – Expressão Vocal/ Não Vocal	V	6
		NV	6
Cognição Social	P – Interação Social	6	
	Q – Resolução de Problemas	6	
	R – Memória	6	

Níveis de Independência	
7 – Independência Completa (em segurança, em tempo normal). 6 – Independência Modificada (ajuda técnica).	
Dependência Modificada	Dependência Completa
5 – Supervisão. 4 – Ajuda Mínima (indivíduo participa em ≥ 75%). 3 – Ajuda Moderada (indivíduo participa em ≥ 50%).	2 – ajuda máxima (indivíduo participa em ≥ 25%). 1 – Ajuda Total (indivíduo participa em ≤ que 25%).

<b>Total</b>	91
--------------	----

### Exame Neurológico

Estado de Orientação: orientação autopsíquica e alopsíquica.

Estado de Atenção: sem alterações nas diferentes dimensões da atenção (vigilância, tenacidade e concentração). Encontra-se vígil a estímulos externos, demonstrando capacidade de atenção às perguntas que lhe são colocadas. Foi pedido que subtraísse o número 3 a partir do número 20, sendo capaz de o efetuar.

Memória: Memória Imediata (respondeu ao que foi questionado segundos antes); Memória Recente (ao pedi que guardasse 5 palavras e as repetisse passado

cinco minutos, tendo conseguido responder corretamente); Memória Remota (soube responder à data de casamento e do seu aniversário).

Linguagem: discurso fluente, com nomeação, repetição e compreensão mantidas.

Capacidades práticas: não apresenta alterações das capacidades práticas do membro superior esquerdo. Realiza gestos simbólicos (sinal de cruz), icônicos transitivos (pentear-se e levar o copo de água à boca), icônicos intransitivos (assobiar). Não foi possível testar as capacidades práticas no hemicorpo direito e membro inferior esquerdo.

### **Avaliação dos Pares Cranianos**

<b>I - Olfativo</b>	Sem alterações do olfato. Identifica odores (azeite e café).
<b>II – Ótico</b>	Sem alterações da acuidade visual ou campo de visão.
<b>III – Motor Ocular Comum/ IV – Patético VI – Motor Ocular Externo</b>	Pupilas: isocóricas e isorreativas. Movimentos oculares normais, coordenados e simétricos.
<b>V – Trigêmeo</b>	Sensibilidade mantida em ambas as hemifaces, nas três divisões do trigêmeo: oftálmica, maxilar e mandibular. Movimentos dos músculos mastigadores presentes.
<b>VII - Facial</b>	Ligeiro apagamento do sulco nasogeniano à direita, com ligeira assimetria facial. Reconhece sabores: doce (açúcar), salgado (sal) e amargo (vinagre), nos 2/3 anteriores da língua.
<b>VIII – Estado-acústico</b>	Acuidade auditiva mantida, bilateralmente. Equilíbrio sentado, estático e dinâmico, eficaz. Equilíbrio em pé, estático eficaz e dinâmico instável.
<b>IX – Glossofaríngeo</b>	Reconhece sabores (doce, amargo e salgado) no 1/3 posterior da língua.
<b>X - Vago</b>	Sem alterações no tom de voz. Reflexo de vômito presente.
<b>XI - Espinhal</b>	Lateraliza a cabeça e eleva os ombros contra resistência.
<b>XII – Grande Hipoglosso</b>	Sem alterações dos movimentos da língua. Sem acumulação de saliva ou alimentos na fossa piriforme.

## Motricidade

Força Muscular – Avaliada força muscular em todos os movimentos dos segmentos corporais, utilizando a escala *Medical Research Council*.

Segmentos	Movimentos	Avaliação
Cabeça e Pescoço	Flexão	5/5
	Extensão	5/5
	Flexão lateral esquerda	5/5
	Flexão lateral direita	5/5
	Rotação	5/5

Segmentos do Membro Superior	Movimentos	Avaliação		Amplitude do Movimento
		MS direito	MS esquerdo	MS Direito
Escapulo-umeral	Flexão	2/5	5/5	0°
	Extensão	2/5	5/5	0°
	Adução	2/5	5/5	0°
	Abdução	2/5	5/5	30°
	Rotação Interna	2/5	5/5	0°
	Rotação Externa	2/5	5/5	0°
Cotovelo	Flexão	2/5	5/5	0°
	Extensão	2/5	5/5	0°
Antebraço	Pronação	2/5	5/5	0°
	Supinação	2/5	5/5	0°
Punho	Flexão palmar	2/5	5/5	0°
	Dorsi-flexão	2/5	5/5	0°
	Desvio radial	2/5	5/5	0°
	Desvio cubital	2/5	5/5	0°
	Circundação	2/5	5/5	0°
Dedos	Flexão	2/5	5/5	0°
	Extensão	2/5	5/5	0°
	Adução	2/5	5/5	0°
	Abdução	2/5	5/5	0°
	Circundação	2/5	5/5	0°
	Oponência do polegar	2/5	5/5	0°

Segmentos do Membro Inferior	Movimentos	Avaliação		Amplitude do movimento
		MI direito	MI esquerdo	MI Direito
Coxo-Femoral	Flexão	3/5	5/5	0°
	Extensão	3/5	5/5	0°
	Adução	3/5	5/5	5°
	Abdução	3/5	5/5	10°
	Rotação Interna	3/5	5/5	0°
	Rotação Externa	3/5	5/5	0°
Joelho	Flexão	3/5	5/5	30°
	Extensão	3/5	5/5	10°
Tíbio – Tarsica	Flexão plantar	2/5	5/5	0°
	Dorsiflexão	2/5	5/5	0°
	Eversão	2/5	5/5	0°
	Inversão	2/5	5/5	0°
Dedos	Flexão	2/5	5/5	0°
	Extensão	2/5	5/5	0°
	Adução	2/5	5/5	0°
	Abdução	2/5	5/5	0°

Tónus Muscular – procedeu-se à avaliação do tónus muscular nos segmentos corporais mediante mobilização passiva, através da Escala de *Ashworth*.

Segmentos	Movimentos	Avaliação
Cabeça e Pescoço	Flexão	0
	Extensão	0
	Flexão lateral esquerda	0
	Flexão lateral direita	0
	Rotação	0

Segmentos do Membro Superior	Movimentos	Avaliação	
		MS direito	MS esquerdo
Escapulo-umeral	Flexão	1	0
	Extensão	1	0
	Adução	1	0
	Abdução	1	0
	Rotação Interna	1	0
	Rotação Externa	1	0
Cotovelo	Flexão	2	0
	Extensão	2	0
Antebraço	Pronação	1	0
	Supinação	1	0
Punho	Flexão palmar	1	0
	Dorsi-flexão	1	0
	Desvio radial	1	0
	Desvio cubital	1	0
	Circundação	1	0
Dedos	Flexão	1	0
	Extensão	1	0
	Adução	1	0
	Abdução	1	0
	Circundação	1	0
	Oponência do polegar	1	0

Segmentos do Membro Inferior	Movimentos	Avaliação	
		MI direito	MI esquerdo
Coxo-Femoral	Flexão	1	0
	Extensão	1	0
	Adução	1	0
	Abdução	1	0
	Rotação Interna	1	0
	Rotação Externa	1	0
Joelho	Flexão	2	0
	Extensão	2	0
Tíbio – Társica	Flexão plantar	1	0
	Flexão dorsal	1	0
	Eversão	1	0
	Inversão	1	0
Dedos	Flexão	1	0
	Extensão	1	0
	Adução	1	0
	Abdução	1	0

Coordenação Motora – foi realizada a prova Índex-nariz, Indicação de *Barany* e prova calcanhar-joelho, com sucesso. Sem alterações da coordenação. Não foi possível testar a coordenação do membro superior e inferior direito.

### **Sensibilidade**

Sensibilidade superficial: tátil, térmica e dolorosa. Sem alterações.

Sensibilidade profunda: relativamente ao sentido de pressão, a sensibilidade a estímulos vibratórios (uso de diapasão nas saliências ósseas) ou sensibilidade postural, encontra-se mantida.

### **Equilíbrio e Marcha**

Apresenta equilíbrio sentado, estático e dinâmico, eficaz. Equilíbrio em pé, estático eficaz e dinâmico instável. Assume posição ortostática. Não realiza marcha.



### Avaliação dos Requisitos Universais de Autocuidado

Requisitos Universais de Autocuidado	Padrão Habitual de Autocuidado	Padrão Atual de Autocuidado	Sistema de Enfermagem
Manutenção de uma quantidade suficiente de ar	<ul style="list-style-type: none"> <li>- TA: 135-68 mmHg.</li> <li>- FC: 96 bpm, pulso cheio, rítmico.</li> <li>- Temperatura: 36,8 °C (temperatura timpânica).</li> <li>- Dor: ausência de dor em repouso (grau 0: em repouso).</li> <li>- FR: 19 ciclos/min, padrão respiratório com predomínio toraco-abdominal, ritmo regular, amplitude média, expansão torácica simétrica.</li> <li>- Auscultação Pulmonar: murmúrio vesicular mantido em todos os campos pulmonares. Sem ruídos adventícios.</li> <li>- Circulação: sem sinais de insuficiência venosa periférica. Apresenta pulso pedioso e tibial posterior em ambos os membros inferiores. Sem edemas.</li> </ul>	Sem alteração do padrão habitual de autocuidado.	
Manutenção de uma ingestão suficiente de água	Ingestão hídrica diária de cerca de 1 litro de água. Ao <u>pequeno-almoço</u> ingere cerca de 200 ml de leite e ao <u>jantar</u> um copo de vinho tinto (cerca de 150 ml) e uma taça de sopa (200 ml).	Sem alteração do padrão habitual de autocuidado.	

<b>Manutenção de uma ingestão suficiente de alimentos</b>	Alimentação diversificada e polifracionada. Realiza cinco refeições diárias. Leva de casa almoço para o trabalho. É a esposa quem confecciona os alimentos e no último ano por indicação do médico assistente tem cortado na adição de sal (doente com HTA) e cozinha com azeite em vez de margarina (doente hipercolesterolemia). Ingestão preferencial de peixe e carnes brancas (cozido ou grelhado). Por ser diabético apenas ingere pão (integral) ao pequeno-almoço e usa adoçante no leite/chá. Relativamente à fruta opta pela ingestão de maçã e pêra por apresentarem menos açúcar. <u>Nutrição:</u> Peso – 69 kg; Altura – 1,73 m; IMC – 23,05 (Peso ideal).	Necessita de ajuda para fracionar os alimentos, como por exemplo, cortar a carne, arranjar o peixe, descascar fruta.	<b>Sistema parcialmente compensatório</b>
<b>Manutenção de um padrão de eliminação adequado</b>	Apresenta continência de esfínteres.  Urina clara, sem sedimento. Urina cerca de 6 vezes por dia. Evacua diariamente, fezes castanhas, moldadas, em moderada quantidade, preferencialmente no período da manhã.	Sem alteração do padrão habitual intestinal e vesical.	
<b>Manutenção do equilíbrio entre a atividade e o repouso</b>	Anteriormente era independente em todas as atividades de autocuidado.  Período de sono entre 6/8 horas noturnas, já recorria a terapêutica para indução de sono que mantém.	Limitação da manutenção da atividade por AVC isquémico do hemisfério, apresentando hemiparesia do hemicorpo direito. Atualmente necessita de apoio de	<b>Sistema parcialmente compensatório.</b>

		outra pessoa para satisfazer as suas atividades de autocuidado, nomeadamente, na higiene, no vestir-se e no uso do sanitário. Faz levantar diário para cadeira de rodas, deslocando-se de forma independente.	<b>Sistema de apoio- educação.</b>
	Contactava com colegas de profissão e família (esposa, filhas e netos). Como passatempos gostava de fazer caminhadas de cerca de 30 minutos aos fins-de-semana, via televisão, lia o jornal e brincava com as netas.	Sem alteração do padrão habitual. Interage adequadamente com os profissionais de saúde e os doente do centro. Tem visitas semanais da família. Gosta de ver televisão ao final do dia.	
<b>Manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social</b>	Sem alteração no equilíbrio ou marcha. Pele íntegra.	<u>Risco de Queda:</u> Score 60 na escala de <i>Morse</i> (alto risco de queda). Tem história de queda há duas semanas no domicílio (25), apresenta diagnósticos secundários (15), tem dificuldade em usar o sanitário (20) desloca-se em CR (0), mobilização assistida por enfermeiro (0) e	<b>Sistema parcialmente compensatório.</b>
<b>Prevenção de perigos à vida humana, ao funcionamento e ao bem-estar do ser humano</b>			<b>Sistema de apoio- educação.</b>

		<p>consciente das suas limitações (0).  <u>Pele e mucosas</u>: Coradas e hidratadas. Score 18 na Escala de <i>Braden</i>, que corresponde a baixo risco de desenvolver úlcera de pressão. Sem limitação na capacidade de exprimir desconforto (4), pele raramente húmida (4), capacidade de marcha limitada (2), faz pequenas alterações da posição do corpo (3), alimentação adequada (3) e apresenta alguma dificuldade em mudar de posição podendo a pele deslizar nos lençóis (2).</p>	
<p><b>Promoção do funcionamento/ desenvolvimento do ser humano nos grupos sociais, de acordo com o potencial humano, as limitações e o desejo de ser normal</b></p>	<p>Boa relação com os colegas de trabalho e família.</p>	<p>Tem consciência das suas limitações, exprime saudades da sua vida anterior. Manifesta vontade de voltar para casa mas deseja que tal aconteça quando se encontrar mais funcional.</p>	<p><b>Sistema de apoio- educação.</b></p>

### **Avaliação dos Requisitos de Autocuidado de Desvio de Saúde**

O Sr. J. A. sofreu um AVC isquêmico do hemisfério esquerdo, com hemiparesia do hemicorpo direito, em Agosto de 2016. Necessita de intervenção dos cuidados de enfermagem de reabilitação para manutenção da função motora. Requer ajuda na maioria das atividades de autocuidado, com recurso à intervenção de enfermagem através do sistema totalmente compensatório, parcialmente compensatório e sistema de apoio-educação.

### **Avaliação dos Requisitos de Autocuidado de Desenvolvimento**

Foi avaliado o impacto do AVC nas AVD e função do indivíduo através da escala de MIF, tendo-se obtido um Score de 91. Apresenta-se parcialmente dependente a nível de todos os autocuidados, (à exceção do vestir/despir que necessita de ajuda máxima), mobilidade/transferências e locomoção. Apresenta independência modificada na comunicação e cognição social. A esposa, demonstra interesse na recuperação do marido, e este apresenta motivação no plano de cuidados de reabilitação.

### **Resumo dos Problemas Identificados**

- 1) Alteração da mobilidade, relacionada com AVC isquêmico, manifestado por hemiparesia direita.
- 2) Compromisso do autocuidado nos cuidados de higiene, relacionado com hemiparesia do hemicorpo direito, manifestado por dependência parcial na AVD: Higiene.
- 3) Compromisso do autocuidado vestir e despir, relacionado com hemiparesia do hemicorpo direito, manifestado por dependência total nas AVD: vestir e despir.
- 4) Risco de queda, relacionado com hemiparesia direita, manifestado por diminuição da força muscular e alteração do equilíbrio dinâmico em pé.
- 5) Alteração da motricidade facial, relacionada com parésia facial central, manifestada por assimetria facial.

### 3. PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Diagnósticos de Enfermagem	Objetivos	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
1) Alteração da mobilidade, relacionada com AVC isquêmico manifestado por hemiparêsia direita.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melhorar a força muscular do hemicorpo direito.</li> <li>- Manter a integridade das estruturas articulares e a amplitude dos movimentos.</li> <li>- Contornar o padrão espástico.</li> <li>- Prevenir complicações músculo-esqueléticas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Esclarecer o doente dos procedimentos a realizar, a sua finalidade e vantagens;</li> <li>- Avaliação da força muscular em todos os movimentos dos segmentos corporais, utilizando a escala <i>Medical Research Council</i>.</li> <li>- Avaliação do tônus (Escala de <i>Ashworth</i>);</li> <li>- Colocação de tala insuflável para inibir a espasticidade e estimular a sensibilidade.</li> <li>- Realização de mobilizações passivas no membro superior e inferior direito à exceção do joelho onde são realizadas mobilizações ativas-assistidas. Mobilizações ativas nos movimentos dos segmentos corporais da cabeça e pescoço e hemicorpo esquerdo, tendo em</li> </ul>	<p><b>03/11/2016</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliado o tônus muscular, (Escala de <i>Ashworth</i>), apresentando 0 em todos os segmentos articulares da cabeça e pescoço e hemicorpo esquerdo; 1 em todos os segmentos do hemicorpo direito à exceção do movimento de flexão e extensão do cotovelo e joelho e extensão dos dedos da mão, que apresenta valor de 2.</li> <li>- Na avaliação da força muscular, segundo a escala <i>Medical Research Council</i> apresenta as seguintes alterações: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Membro superior direito – força 2/5 nos movimentos da escapulo-umeral e cotovelo, antebraço, punho e dedos;</li> <li>• Membro inferior direito: força 3/5 nos movimentos da coxo-femoral, 3/5 nos movimentos do joelho e força 2/5 nos movimentos da tibiotársica e dedos.</li> </ul> </li> <li>- Tolerou colocação de tala insuflável no MSD, durante 20 minutos.</li> <li>- Realizados exercícios de mobilizações passivas, ativas-assistidas e ativas, com boa adesão (sequência de 15).</li> <li>- Realizadas atividades terapêuticas na cama: ponte, rotação controlada da anca (necessidade de boqueio em flexão dos joelhos), rolar e exercícios de carga no cotovelo afetado.</li> </ul>

		<p>conta a tolerância do doente (amplitude articular e dor).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Progredir para realização de mobilizações ativas-assistidas em todos os movimentos dos segmentos corporais do hemicorpo direito.</li> <li>- Alternância regular de decúbitos, em padrão anti-espástico, tendo em atenção o membro hemiparético, de modo a evitar complicações músculo-esqueléticas, respeitando as amplitudes articulares e colocando as articulações em posição funcional.</li> <li>- Recorrer a técnicas de facilitação cruzada.</li> <li>- Realização de atividades terapêuticas;</li> <li>- Realização de levante diário.</li> </ul>	<p>Realizadas automobilizações dos membros superiores, com necessidade de auxílio na elevação da escapulo-umeral.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ensino de posicionamentos em padrão anti-espástico;</li> <li>- Levante para a CR com tolerância de 3 horas;</li> </ul> <p><b>11/11/2016</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliado o Tónus Muscular, através da escala de <i>Astworth</i>, não apresentando alterações relativamente à avaliação efetuada na data de 03/11/2016.</li> <li>- Avaliação da força muscular através da escala <i>Medical Research Council</i>, apresentando as seguintes alterações relativamente à avaliação de 03/11/2016: Membro inferior direito: força 4/5 nos movimentos da coxo-femural e 4/5 nos movimentos do joelho (progressão para realização de mobilizações ativas-assistidas).</li> <li>- Tolerou 6 horas de levante diário para a CR.</li> <li>- Esclarecimentos de dúvidas à esposa relativamente a produtos de apoio a adotar no domicílio. Realizado ensinos de posicionamentos e transferências, ao doente e esposa.</li> </ul>
--	--	--	---

<p><b>2)</b> <b>Compromisso do autocuidado nos cuidados de higiene, relacionado com hemiparesia do hemicorpo direito, manifestado por dependência parcial na AVD: Higiene.</b></p>	<p>- Promover a autonomia nos cuidados de higiene.</p>	<p>- Treinar a lavagem de toda a superfície corporal, de forma sequenciada, usando a esponja na mão não afetada e esponja com cabo flexível para lavar as costas.</p> <p>- Treinar a secagem da região corporal, com uso de toalha na mão não afetada.</p> <p>- Ensino e treino de higiene oral: colocar a mão afetada no lavatório, e aplicar no seu dorso a pasta de dentes, passando com a escova nesse local de forma a iniciar a higiene oral.</p> <p>- Treinar a lavagem da superfície facial através da passagem da mão não afetada na face.</p> <p>- Ensinar a família (esposa e filho) sobre estratégias a adotar para facilitar os cuidados de higiene no domicílio.</p>	<p style="text-align: right;"><b>07/10/2016</b></p> <p>- Avaliada a autonomia nos cuidados de higiene e banho (Score 3 – MIF), necessitando de ajuda moderada.</p> <p>- <u>Ensino/Treino relativo aos cuidados de Higiene:</u> estratégias para lavar os membros inferiores (flexão de tronco) e uso de esponja com cabo flexível para lavagem de costas. Apresenta dificuldade na flexão de tronco não realizando atividade de forma eficaz. Consegue secar os membros superiores, mas sem sucesso em secar os membros inferiores e costas, necessitando de ajuda. Após realização de ensino sobre higiene facial com a mão não afetada, consegue fazê-lo de forma eficaz.</p> <p>- <u>Ensino/Treino de higiene oral</u> (Score 3 – MIF): ensino dos benefícios da utilização de escova de dentes elétrica para uma higiene oral eficaz;</p> <p>- <u>Ensino/Treino de Pentear e Barbear</u> (Score 4 – MIF) – aconselhado a trazer de casa escova de cabo largo para facilitação da tarefa e utilização de máquina de barbear em prol de lâmina. Necessita de ajuda para pentear a nuca. Boa adesão ao ensino.</p> <p style="text-align: right;"><b>14/11/2016</b></p> <p>- Higiene corporal: Consegue lavar os membros inferiores e pés com a mão não afetada. Necessita de ajuda para secar a região costal. Necessita de ajuda mínima (Score 4 – MIF).</p> <p>- Higiene Facial: Necessita de supervisão (Score 5 – MIF), necessitando de pequenas indicações técnicas para melhoria do desempenho.</p>
--	--	--	--



			<p>- Higiene Oral/ Pentear/ Barbear: realiza higiene oral com escova elétrica, penteia a totalidade do cabelo com escova de cabo largo de frente ao espelho e consegue barbear as diferentes áreas da face em tempo útil, apresentando independência modificada (Score 6 – MIF).</p> <p><b>15/11/2016</b></p> <p>- Realizado ensino à esposa sobre estratégias adaptativas para os cuidados de higiene do doente no domicílio. Boa adesão aos ensinos efetuados.</p>
<p><b>3)</b> <b>Compromisso do autocuidado vestir e despir, relacionado com hemiparesia do hemicorpo direito, manifestado por dependência total nas AVD: vestir e despir.</b></p>	<p>- Promover a máxima autonomia no vestuário da 1/2 superior do corpo (camisola, camisa, casaco); na 1/2 inferior do corpo (calças) e no calçado (meias e sapatos).</p>	<p>- Treinar o vestuário da 1/2 superior, 1/2 inferior do corpo e calçado, duas vezes por dia, na CR (após cuidados de higiene e antes de deitar).</p> <p>- Treinar a passagem da cabeça pela gola da camisola e a passagem da manga de forma eficaz no cotovelo e ombro do braço afetado com ajuda da mão não afetada.</p> <p>- Treinar as diferentes fases do vestuário na 1/2 inferior do corpo, avaliando possíveis estratégias adaptativas de forma a promover a sua máxima autonomia.</p>	<p><b>03/11/2016</b></p> <p>- Necessita de ajuda moderada (Score 3 – MIF) para o vestuário da 1/2 superior do corpo. Apresenta dificuldade em vestir o braço afetado.</p> <p>- Necessita de ajuda máxima (Score 2 – MIF) para o vestuário 1/2 inferior do corpo e calçado; apresenta dificuldade assumir a posição de pé para puxar as calças e na flexão de tronco para calçar meias e sapatos em ambos os pés.</p> <p><b>14/11/2016</b></p> <p>- Apresenta Independência Modificada (Score 6 – MIF) para o vestuário da 1/2 superior do corpo. Após realização de ensinos consegue realizar a tarefa, no entanto ainda demora mais tempo que o habitual.</p> <p>- Necessita de supervisão (Score 5 – MIF) para o vestuário da 1/2 inferior. Necessita que lhe preparem a roupa e demora mais tempo que o habitual. Consegue vestir as calças, calçar meias e</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Treinar a cruzar a perna afetada sobre a não afetada para iniciar o vestuário das calças;</li> <li>- Treinar o assumir a posição de pé de forma a poder elevar/baixar as calças com a mão não afetada.</li> <li>- Treinar o calçar as meias e os sapatos no pé afetado e o pé não afetado.</li> <li>- Reforço positivo de acordo com os progressos alcançados.</li> </ul>	<p>sapatos e apertá-los. Melhoria na flexão de tronco e em cruzar a perna afetada sobre a não afetada. Melhoria no equilíbrio dinâmico em pé, tornando-o bastante funcional na realização da tarefa.</p> <p style="text-align: center;"><b>15/11/2016</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizado ensino à esposa sobre estratégias adaptativas para o vestuário no domicílio. Boa adesão aos ensinos efetuados.</li> </ul>
<b>4) Risco de queda, relacionado com hemiparesia direita, manifestado por diminuição da força e equilíbrio dinâmico em pé instável.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prevenir quedas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação periódica do risco de queda, através da utilização da escala de <i>Morse</i>.</li> <li>- Avaliação do equilíbrio estático e dinâmico (sentado e em pé).</li> <li>- Realização de exercícios de equilíbrio dinâmico em pé (alternância de cargas nos membros inferiores, espalhar objetos na cama e pedir ao doente que os traga para junto dele).</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>14/11/2016</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Melhorias significativas na avaliação do risco de queda através da escala de <i>Morse</i>, diminuindo o score de 60, para 50, significando, médio risco de queda.</li> <li>- Boa adesão aos exercícios de equilíbrio, resultando em melhoria do equilíbrio dinâmico em pé, no entanto este ainda não é totalmente eficaz.</li> <li>- Doente revelou maior segurança nas suas ações, nomeadamente travando a CR sempre que parada, evitando efetuar transferências sozinho. Boa aprendizagem no manuseamento da CR.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilização de dispositivos de segurança no leito (grades elevadas, campainha junto do doente).</li> <li>- Realização de ensinios ao doente/família: utilização correta da CR (retirar braços da cadeira apenas para transferências, travar a CR se estiver parada); adaptação às barreiras arquitectónicas (mobília, tapetes, pisos escorregadios); uso de vestuário adequado; transferências de forma segura.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Doente e família revelaram conhecimento dos ensinios efetuados, aquando validação dos mesmos.</li> <li>- Sem ocorrência de quedas durante o programa de reabilitação.</li> </ul>
<b>5) Alteração da motricidade facial, relacionada com parésia facial central, manifestada por assimetria facial.</b>	Reeducar os músculos da face.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Explicar ao doente a importância dos exercícios de reeducação dos músculos da face.</li> <li>- Realização de exercícios de reeducação dos músculos da face (unir/elevar sobrancelhas, enrugar a testa, fechar os olhos abruptamente, sorrir, mostrar dentes, assobiar, encher a boca de ar, deprimir o lábio inferior).</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>04/11/2016</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Foi explicado ao doente a importância dos exercícios de reeducação dos músculos da face. Por este desvalorizar esta temática foi colocado em frente a um espelho, para este interiorizar as alterações presentes na face.</li> <li>- Ensinado a efetuar os exercícios de forma autónoma, duas vezes por dia de frente a um espelho e não mais que 15 minutos. Boa adesão.</li> </ul>

		<p>- Instruído a fazê-lo, duas vezes por dia, durante cerca de 15 minutos e de frente para um espelho, começando pela porção posterior da face.</p>	<p><b>14/11/2016</b></p> <p>- Apesar da boa adesão do doente aos exercícios propostos, não se verificaram (no decorrer de uma semana) melhorias na motricidade facial.</p>
--	--	---	--

## REGISTOS DO TURNO DA TARDE DE DIA 03/11/2016

Doente orientado auto e alopsiquicamente. Apresenta pele e mucosas coradas, hidratadas e íntegras. Sem queixas álgicas. Apresenta discurso fluente, com nomeação, repetição e compreensão mantidas. Apresenta ligeiro apagamento do sulco nasogeniano à direita. Sem alterações de sensibilidade no hemicorpo direito.

Apresenta hemiparesia direita apresentando alterações da força muscular nos seguintes segmentos: MSD – força 2/5 nos movimentos dos segmentos da escapulo-umeral, cotovelo, antebraço, punho e dedos; MID: força 3/5 nos movimentos da coxo-femoral e joelho e força 2/5 nos movimentos da tibiotársica e dedos. Escala de *Ashworth* avaliada em 0 nos segmentos articulares da cabeça e pescoço e hemicorpo esquerdo; 1 em todos os segmentos do hemicorpo direito à exceção do movimento de flexão e extensão do cotovelo, supinação do antebraço, extensão dos dedos da mão e movimentos do joelho e tibiotársica, que apresenta valor de 2.

Alimentou-se de forma autónoma ao lanche e jantar, com tolerância. Necessita de ajuda para fracionar os alimentos. Sem sinais de disfagia.

Realizado ensino de treino de vestuário, com a sua colaboração.. É totalmente dependente da cintura para baixo e calçado. Esteve sentado 3h na cadeira de rodas, com tolerância.

Realizado treino de sentar e assumir a posição de pé e transferências, apresentando dificuldade na alternância de cargas dos membros inferiores por desequilíbrio (dificuldade na transferência de peso para o membro inferior direito).

Tem equilíbrio sentado, estático e dinâmico eficaz. Equilíbrio em pé, estático eficaz e dinâmico instável. Assume a posição ortostática. Não realiza marcha.

Sem alterações da integridade cutânea. Urinou na casa de banho a pedido. Sem perdas. Apresenta urina clara, sem sedimento. Evacuou na casa de banho, fezes castanhas, moldadas em moderada quantidade.

Teve visita da esposa. Realizados ensinamentos sobre estratégias adaptativas para o vestuário, com boa adesão da família.

Cumpriu horário de departamentos.

#### **APÊNDICE IV**

2º Processo de Enfermagem de Reabilitação – ECCI



**Curso de Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização em**  
**Enfermagem de Reabilitação**

**2º PLANO DE CUIDADOS**

Equipa de Cuidados Continuados Integrados

Sara Conde, N° 6704

**Enfermeira Orientadora:** Adélia Ferreira

**Professora Orientadora:** Cristina Saraiva

**Lisboa**

**Fevereiro de 2017**

## 1. COLHEITA DE DADOS

**Data de Admissão:** 10/01/2017

**Identificação do utente/ Idade:** Sr.<sup>a</sup> M. M.; 88 anos.

**Raça:** Caucasiana.

**Nacionalidade/Residência:** Portuguesa, Oeiras.

**Escolaridade / Profissão:** 4<sup>a</sup> classe, doméstica (reformada).

**Religião:** Católica (não praticante).

**Pessoas Significativas:** Filha e cuidador (marido).

**Motivo de Referenciação:** *Status* pós fratura dos ramos isquiopúbicos à esquerda (internamento de 08/11/2016 a 06/12/2016) por queda no domicílio, com tratamento conservador (4 semanas de repouso no leito). Durante o programa de reabilitação (no domicílio) houve uma intercorrência com necessidade de novo internamento (29/12/2016 a 04/01/2017) por ocorrência de um Acidente Isquémico Transitório (AIT) no contexto de hipotensão ortostática, associado a Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) descompensada. A Sr.<sup>a</sup> M. M. foi referenciada para a RNCCI – ECCI, com objetivo de recuperação da marcha, aumento da autonomia nas AVD e aumento da tolerância ao esforço.

### **Requisitos de autocuidado por desvio da saúde**

**História da Doença Atual** (informação retirada do processo clínico): a Sr.<sup>a</sup> M. M., no dia 08/11/2016 sofreu uma queda no domicílio, com fratura dos ramos isquiopúbicos à esquerda. Fez tratamento conservador com repouso no leito por 4 semanas. Esteve internada no serviço de ortopedia do Hospital São Francisco Xavier entre 08/11/2016 a 06/12/2016. Acamada desde então.

A 29/12/2016 iniciou reabilitação motora com a equipa da ECCI, apresentando um quadro de perturbação visual, cefaleia e prostração, na sequência do primeiro levante, sendo novamente transportada para o SU do mesmo hospital.

À entrada apresentava-se vigil, desorientada auto e alopsiquicamente. Força muscular mantida nos membros superiores (5/5) e diminuída em ambos os membros inferiores (4/5), segundo *Medical Research Council*; sem dismetria na prova calcanhar-jelho e índice nariz; sensibilidade preservada; pupilas isocóricas e



isoreativas; hemianopsia homônima direita por reflexo de ameaça; simetria facial mantida. Por apresentar sinais de dificuldade respiratória, colocou-se oxigenoterapia a 4L/min por óculos nasais (ON). Realizou ECG que revelou Bloqueio Completo de Ramo Esquerdo (BCRE) - flutter auricular e TAC CE sem alterações agudas.

Transferida nesse mesmo dia para o Hospital de Egas Moniz, serviço de Medicina Interna. À entrada: vigil, orientada na pessoa e espaço, mas desorientada no tempo. Sem paresias oculomotoras, pupilas isocóricas e isoreativas, sem défices visuais por confrontação, sem paresias faciais, sem desvio da língua. Mantém diminuição da força muscular apenas nos membros inferiores (4/5). Eupneica com aporte de oxigénio por ON a 4 L/min. À auscultação apresenta murmúrio vesicular mantido bilateralmente, sem sopros ou ruídos adventícios.

Tendo em conta a resolução dos défices admitiram diagnóstico de AIT no contexto de hipotensão ortostática, associado a ICC descompensada por *flutter* auricular. Durante o internamento manteve-se hemodinamicamente estável, sem intercorrências. Realizada gasimetria arterial em ar ambiente no dia 03/01/2017 que revelou alcalose respiratória com hipoxémia ligeira (PO2 de 58 mmHg), sem tosse, expectoração ou outra sintomatologia pulmonar. Prescrita oxigenoterapia de longa duração (1L/min em repouso e 2 L/min em esforço, por ON, 24h por dia) a reorientar por consulta externa de pneumologia. Teve alta para domicílio a 04/01/2017 tendo sido referenciada para a RNCCI – ECCI, onde reingressa a 10/01/2017.

**Antecedentes pessoais (AP):** Cardiopatia Hipertensiva; ICC; Doença de Alzheimer; Síndrome Parkinson; Doença de refluxo gastroesofágico; Doença respiratória hipoxémica (03/01/2017); fratura dos ramos isquiopúbicos à esquerda (08/11/2016).

**Hábitos de Saúde:** Vigilância de saúde regular com o médico de família. Boa adesão ao regime terapêutico. Sem hábitos tabágicos ou aditivos. Sem alergias.

**Terapêutica Atual:** Pantoprazol, 40 mg, 1 cp em jejum; Carvedilol, 6,25 mg, ½ cp ao PA e ao Jantar; Sinemet 25/100, 1cp ao PA, almoço e jantar; Tromalyt 150 mg, 1 cp ao almoço; Memantina 10 mg, 1cp ao PA e jantar; Paracetamol, 1 g, 1 cp em SOS de 8/8h, se apresentar dores.

**Condições Habitacionais:** Reside em casa própria, Rés-do-chão de uma vivenda, com cerca de 120 m<sup>2</sup>, com 1 degrau de acesso. A casa é constituída por quatro quartos, uma sala, cozinha e uma casa de banho (com banheira). Não foram efetuadas modificações estruturais no domicílio. Tem cadeira de rodas própria. Casa com água e gás canalizado, eletricidade.

**Envolvente Social:** Casada. Vive com o marido (92 anos). Tem cinco filhos (quatro residem fora do país) e uma reside num anexo da vivenda. Até à situação atual era independente nas AVD, com vida social ativa. Conversava com as vizinhas e cuidava das flores do jardim. Ia à missa, às compras e gostava de passear no paredão. Reside na sua casa, com apoio do marido (principal cuidador) e filha. Tem visita dos restantes filhos uma vez por ano. Atualmente encontra-se acamada.

**Qualidade de vida:** bastante condicionada pelas suas limitações funcionais. Durante as visitas domiciliárias realizadas, apresenta períodos de desorientação no tempo, bem disposta. O principal cuidador (marido) demonstra ansiedade pela situação de dependência da esposa. A filha, aparentemente consciente da situação de dependência referindo alguma preocupação pelo futuro da mãe.

**Conhecimentos e expectativas sobre a condição de doença:** É difícil identificar a percepção da doença pela Doente, tendo em conta a sua desorientação temporal (AP: Doença de Alzheimer). Quando confrontada com as incapacidades decorrentes da doença demonstra períodos de tristeza mas que rapidamente são sobrepostos por felicidade, quando abordada outra temática. A filha verbaliza expectativas elevadas quanto aos efeitos da reabilitação questionando se esta voltará a ser novamente autónoma. O cuidador está consciente da condição de doença da esposa, das suas limitações funcionais e cognitivas. É visível a sua ansiedade perante esta nova situação. Desconhece cuidados a prestar à pessoa dependente, nomeadamente: posicionamentos a adotar no leito, cuidados à pele, cuidados de higiene e vestuário, técnica de transferência.

## 2. AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO Data: 10/01/2017

### Exame Neurológico

Estado de Orientação: orientada na pessoa e espaço. Desorientada no tempo.

Estado de Atenção: sem alterações nas diferentes dimensões da atenção (vigilância, tenacidade e concentração). Encontra-se vígil a estímulos externos, demonstrando capacidade de atenção às atividades que lhe são pedidas, executando-as do início ao fim, embora lentificada.

Memória: Pouco rigor na avaliação da Memória Imediata, Memória Recente e Memória Remota (relacionada com Doença de Alzheimer). Não consegue responder a questões colocadas minutos antes ou “guardar palavras” e repeti-las posteriormente. Reconhece familiares e consegue dizer a data de aniversário e casamento.

Linguagem: discurso espontâneo, nomeação, repetição e compreensão mantidas. Cumpre os comandos solicitados.

Capacidades Práticas: Capaz de realizar gestos simbólicos (sinal de cruz), icônicos transitivos (pentear-se, levar o copo de água à boca), icônicos intransitivos (fazer adeus).

### **Avaliação dos Pares Cranianos**

<b>I - Olfativo</b>	Sem alterações do olfato. Identificou odor a café e azeite.
<b>II – Ótico</b>	Aparentemente sem alterações.
<b>III – Motor Ocular Comum/ IV – Patético VI – Motor Ocular Externo</b>	Pupilas: isocóricas e isoreativas ao estímulo luminoso. Movimentos oculares normais, coordenados e simétricos.
<b>V – Trigêmeo</b>	Sensibilidade mantida em ambas as hemifaces, nas três divisões do trigêmeo: oftálmica, maxilar e mandibular. Movimentos da mastigação e deglutição mantidas. Reflexo córneo-palpebral mantido.
<b>VII - Facial</b>	Simetria facial. Reconhece sabores: doce (açúcar), salgado (sal), nos 2/3 anteriores da língua.
<b>VIII – Estato-</b>	Acuidade auditiva mantida, bilateralmente. Equilíbrio:

<b>acústico</b>	sentada, estático e dinâmico, eficaz; em pé, estático e dinâmico instável.
<b>IX – Glossofaríngeo</b>	Reconhece sabores doce e amargo.
<b>X - Vago</b>	Reflexo de vômito presente.
<b>XI - Espinhal</b>	Lateraliza a cabeça e eleva os ombros contra resistência.
<b>XII – Grande Hipoglosso</b>	Sem alterações dos movimentos da língua. Sem acumulação de saliva ou alimentos na fossa piriforme.

### Motricidade

Força Muscular – Avaliada força muscular em todos os movimentos dos segmentos corporais, utilizando a escala *Medical Research Council*.

Segmentos	Movimentos	Avaliação
Cabeça e Pescoço	Flexão	5/5
	Extensão	5/5
	Flexão lateral esquerda	5/5
	Flexão lateral direita	5/5
	Rotação	5/5

Nota: Amplitude Articular Mantida (AAM) em todos os movimentos da cabeça e pescoço.

Segmentos do Membro Superior	Movimentos	Avaliação		Amplitude do Movimento
		MS direito	MS esquerdo	MSD MSE
Escapulo-umeral	Flexão	5/5	5/5	90°dor-90°dor
	Extensão	5/5	5/5	AAM
	Adução	5/5	5/5	AAM
	Abdução	5/5	5/5	80°dor -80°dor
	Rotação Interna	5/5	5/5	AAM
	Rotação Externa	5/5	5/5	AAM
Cotovelo	Flexão	5/5	5/5	AAM
	Extensão	5/5	5/5	AAM
Antebraço	Pronação	5/5	5/5	AAM
	Supinação	5/5	5/5	AAM

Punho	Flexão palmar	5/5	5/5	AAM
	Dorsi-flexão	5/5	5/5	AAM
	Desvio radial	5/5	5/5	AAM
	Desvio cubital	5/5	5/5	AAM
	Circundação	5/5	5/5	AAM
Dedos	Flexão	5/5	5/5	AAM
	Extensão	5/5	5/5	AAM
	Adução	5/5	5/5	AAM
	Abdução	5/5	5/5	AAM
	Circundação	5/5	5/5	AAM
	Oponência do Polegar	5/5	5/5	AAM

Segmentos do Membro Inferior	Movimentos	Avaliação		Amplitude do movimento	
		MI direito	MI esquerdo	MID	MIE
Coxo-Femoral	Flexão	4/5	4/5	60° (Dor)	AAM
	Extensão	4/5	4/5		AAM
	Adução	4/5	4/5		AAM
	Abdução	4/5	4/5		AAM
	Rotação Interna	4/5	4/5		AAM
	Rotação Externa	4/5	4/5		AAM
Joelho	Flexão	4/5	4/5	60° dor	AAM
	Extensão	4/5	4/5		AAM
Tíbio – Tarsica	Flexão plantar	4/5	4/5		AAM
	Dorsiflexão	4/5	4/5		AAM
	Eversão	4/5	4/5		AAM
	Inversão	4/5	4/5		AAM
Dedos	Flexão	4/5	4/5		AAM
	Extensão	4/5	4/5		AAM
	Adução	4/5	4/5		AAM
	Abdução	4/5	4/5		AAM

Tónus Muscular – procedeu-se à avaliação do tónus muscular em todos os movimentos dos segmentos corporais, através da Escala de *Ashworth*, não se tendo verificado alterações.

Coordenação Motora – foi realizada a prova Índex-nariz, Indicação de Barany e prova calcanhar-jelho, com sucesso. Sem alterações da coordenação.

### **Sensibilidade**

Sensibilidade superficial: tátil, térmica e dolorosa mantida.

Sensibilidade profunda: relativamente ao sentido de pressão ou sensibilidade postural, esta encontra-se mantida. Não foi avaliada a sensibilidade a estímulos vibratórios por falta de diapasão.

### **Equilíbrio e Marcha**

Apresenta equilíbrio sentada, estático e dinâmico, eficaz. Equilíbrio em pé, estático e dinâmico instável. Na primeira VD fez primeiro levante, assumindo posição de pé, mas incapaz de efetuar marcha.

## Avaliação dos Requisitos Universais de Autocuidado

Requisitos Universais de Autocuidado	Padrão Habitual de Autocuidado	Padrão Atual de Autocuidado	Sistema de Enfermagem
Manutenção de uma quantidade suficiente de ar	Anteriormente a doente era independente nas AVD, referindo períodos de dispneia de acordo com os esforços realizados. Conseguia geri-la alternando períodos de esforço com períodos de repouso.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- TA: 134-71 mmHg.</li> <li>- FC: 71 bpm, pulso cheio, rítmico.</li> <li>- Temperatura: 36,5 °C (temperatura axilar).</li> <li>- Dor: ausência de dor em repouso.</li> <li>- FR: 18 ciclos/min, padrão respiratório com predomínio toraco-abdominal, ritmo regular, amplitude média, expansão torácica simétrica. Saturações periféricas com aporte de O<sub>2</sub> a 1 L/min por ON de 95% em repouso. Eupneica.</li> <li>- Auscultação Pulmonar: murmúrio vesicular globalmente diminuído em todos os campos pulmonares. Sem ruídos adventícios. Sem tosse ou expetoração.</li> </ul> <p>Circulação: sem sinais de insuficiência venosa periférica. Apresenta pulso pedioso e tibial posterior em ambos os membros inferiores. Sem edemas.</p> <p>Avaliada dispneia em repouso, pela escala de <i>Borg</i> modificada, referindo grau 0 (sem dispneia). Refere que a dispneia aumenta de acordo com os esforços realizados.</p>	<p><b>Sistema parcialmente compensatório;</b></p> <p><b>Sistema de apoio e ensino.</b></p>

<b>Manutenção de uma ingestão suficiente de água</b>	Ingestão hídrica diária de cerca de 0,5 litros de água. Gosta de beber chá (200 ml ao longo do dia). Ao <u>Pequeno-almoço</u> ingere cerca de 150 ml de leite e ao <u>almoço</u> e <u>jantar</u> uma taça de sopa (200 ml+200 ml).	Sem alteração do padrão habitual de autocuidado.	
<b>Manutenção de uma ingestão suficiente de alimentos</b>	Alimentação diversificada e polifracionada. Realizava cinco refeições diárias, sendo responsável pela sua confecção. O marido refere que anteriormente a esposa era muito cuidadosa na preparação dos alimentos, optando por cozidos e grelhados e dando primazia ao peixe em prol da carne. Cozinhava maioritariamente com azeite. Ingeria fruta regularmente e sopa ao jantar. Usa prótese dentária completa superiores e inferior. <u>Nutrição:</u> Peso – 57 kg; Altura – 1,51 m; IMC – 24,9 (Normal).	<p>Necessita de ajuda para preparar os alimentos. Apresenta défice de autocuidado na alimentação, por diminuição da mobilidade encontrando-se confinada ao leito.</p> <p>Neste momento é o marido quem prepara as refeições.</p>	<b>Sistema Totalmente Compensatório</b>



<b>Manutenção de um padrão de eliminação adequado</b>	Apresenta continência de esfínteres. Urina clara, sem sedimento. Urinava cerca de 6 vezes/ dia. Evacuava diariamente, fezes castanhas, moldadas ou por vezes de consistência dura, em moderada quantidade, preferencialmente no período da manhã. Sem recurso a terapêutica.	Mantém continência de esfínteres, no entanto por se encontrar confinada ao leito, necessita que o marido ou filha lhe coloquem arrastadeira para urinar e evacuar.	<b>Sistema Totalmente Compensatório</b>
<b>Manutenção do equilíbrio entre a atividade e o repouso</b>	Anteriormente era independente nas suas atividades de autocuidado. Período de sono entre 7/8 horas noturnas, não recorrendo a terapêutica para a sua indução. Sem dispneia. Gostava de ir à missa (500 metros) da habitação e passear no paredão com a filha, deslocando-se até ao local de carro. Fazia caminhadas de acordo com a sua tolerância – cerca de	Apresenta diminuição da mobilidade associada a fratura dos ramos isquiopúbicos à esquerda consequente de uma queda no domicílio, com tratamento conservador de 4 semanas. Atualmente necessita de apoio de outra pessoa para satisfazer as suas atividades de autocuidado. Encontra-se confinada ao leito, não tendo ainda realizado levante desde que regressou do hospital. Sem alteração do padrão habitual de sono. <u>Índice de Barthel:</u> Score 35, dependência total. Alimentação (5), necessita de ajuda; Transferências (5), muita ajuda; Toilete (0), necessita de ajuda; Utilização do WC (0), dependente; Banho (0), dependente; Mobilidade	<b>Sistema totalmente compensatório. Sistema de apoio-educação.</b>

	1000 metros, descansando sempre que necessário.															
	(0), necessita de ajuda; Subir e descer escadas (0), dependente; vestir (5), necessita de ajuda; controlo intestinal (10), continente; controlo urinário (10), continente.  MIF (Medida de Independência Funcional): Score 66.  <u>Autocuidados</u> (alimentação (3), higiene pessoal (2), banho (2), vestir ½ superior (2), vestir ½ inferior (2), utilização da sanita (1); <u>Controlo de Esfincteres</u> (Bexiga (6), Intestino (6)); <u>Mobilidade</u> (Transferência (1), sanita (1), banheira (1)); <u>Locomoção</u> (marcha (1), CR (1), escadas (1)); <u>comunicação</u> (compreensão auditiva (7) e visual (7), expressão vocal (7) e não vocal (7)); <u>Cognição Social</u> (Interação Social (2), resolução de problemas (3) e memória (3)).															
<table><tr><th colspan="2">Níveis de Independência (Escala de MIF)</th></tr><tr><td colspan="2">7 – Independência Completa (em segurança, em tempo normal).</td></tr><tr><td colspan="2">6 – Independência Modificada (ajuda técnica).</td></tr><tr><th>Dependência Modificada</th><th>Dependência Completa</th></tr><tr><td>5 – Supervisão.</td><td>2 – ajuda máxima (indivíduo participa em ≥ 25%).</td></tr><tr><td>4 – Ajuda Mínima (indivíduo participa em ≥ 75%).</td><td>1 – Ajuda Total (indivíduo participa em ≤ que 25%).</td></tr><tr><td>3 – Ajuda Moderada (indivíduo participa em ≥ 50%).</td><td></td></tr></table>			Níveis de Independência (Escala de MIF)		7 – Independência Completa (em segurança, em tempo normal).		6 – Independência Modificada (ajuda técnica).		Dependência Modificada	Dependência Completa	5 – Supervisão.	2 – ajuda máxima (indivíduo participa em ≥ 25%).	4 – Ajuda Mínima (indivíduo participa em ≥ 75%).	1 – Ajuda Total (indivíduo participa em ≤ que 25%).	3 – Ajuda Moderada (indivíduo participa em ≥ 50%).	
Níveis de Independência (Escala de MIF)																
7 – Independência Completa (em segurança, em tempo normal).																
6 – Independência Modificada (ajuda técnica).																
Dependência Modificada	Dependência Completa															
5 – Supervisão.	2 – ajuda máxima (indivíduo participa em ≥ 25%).															
4 – Ajuda Mínima (indivíduo participa em ≥ 75%).	1 – Ajuda Total (indivíduo participa em ≤ que 25%).															
3 – Ajuda Moderada (indivíduo participa em ≥ 50%).																

<b>Manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social</b>	Vivia com o marido e a filha (num anexo da vivenda). Ia às compras e conversava com as vizinhas. Gostava de passear no paredão com a filha, via televisão, cuidava do jardim e ao Domingo ia à missa.	Vive na sua casa, com apoio do marido e da filha. É incapaz de sair de se movimentar ou sair de casa de forma autónoma, não saindo desde o regresso do hospital.	<b>Sistema totalmente compensatório.</b>
<b>Prevenção de perigos à vida humana, ao funcionamento e ao bem-estar do ser humano</b>	O marido refere que a marcha da esposa era mais lentificada, no entanto não apresentava desequilíbrio.  Pele íntegra.	<u>Risco de Queda: Score 75</u> na escala de Morse (alto risco de queda). Tem história de queda recente (25), apresenta diagnósticos secundários (15), acamada (0), dificuldade em usar o sanitário (20), não deambula: acamada (0), por vezes esquece-se das suas limitações (15).  <u>Pele e mucosas:</u> Coradas e hidratadas. Score 16 na Escala de <i>Braden</i> (alto risco de desenvolver úlcera por pressão). Limitação na capacidade de exprimir desconforto (3), pele raramente húmida (4), acamada (1), faz pequenas alterações da posição do corpo (3), alimentação adequada (3) e apresenta alguma dificuldade em mudar de posição no leito (2).	<b>Sistema parcialmente compensatório.</b>  <b>Sistema de apoio-educação.</b>

<b>Promoção do funcionamento e desenvolvimento do ser humano dentro dos grupos sociais, de acordo com o potencial humano, as limitações conhecidas e o desejo de ser normal</b>	Boa relação com a família e vizinhos. Autônoma nas atividades de autocuidado.	Necessita de ajuda total na maioria das suas atividades de autocuidado. Aparentemente tem consciência das suas limitações, quando nos referimos à sua vida anterior refere sentir saudade de ser independente, manifestando vontade de recuperação.	<b>Sistema totalmente compensatório.</b>  <b>Sistema de apoio-educação.</b>
---	--	---	---

### **Avaliação dos Requisitos de Autocuidado de Desvio de Saúde**

A Sr.<sup>a</sup> M. M. sofreu fratura dos ramos isquiopúbicos à esquerda (internamento de 08/11/2016 a 06/12/2016) por queda no domicílio, com tratamento conservador (4 semanas de repouso no leito). Durante o programa de reabilitação (no domicílio) houve uma intercorrência com necessidade de novo internamento (29/12/2016 a 04/01/2017) por ocorrência de um AIT no contexto de hipotensão ortostática, associado a ICC descompensada. Por apresentar hipoxémia ligeira com cansaço a médios esforços, foi-lhe prescrita oxigenoterapia de longa duração (1L/min em repouso e 2 L/min em esforço, por ON, 24h por dia). Necessita de intervenção dos cuidados de enfermagem de reabilitação para recuperação da marcha, aumento da autonomia nas AVD e aumento da tolerância ao esforço. Requer ajuda na maioria das atividades de autocuidado, com recurso à intervenção de enfermagem através do sistema totalmente compensatório, parcialmente compensatório e sistema de apoio-educação.

### **Avaliação dos Requisitos de Autocuidado de Desenvolvimento**

Desde a queda que sofreu no domicílio, com consequente fratura dos ramos isquiopúbicos com necessidade de tratamento conservador (4 semanas de repouso no leito), que a doente tem estado confinada ao leito, necessitando de ajuda total nas suas atividades de autocuidado. O marido tem sido o seu principal cuidador.

### **Resumo dos Problemas Identificados**

- 1) Intolerância ao esforço, relacionada com ICC, manifestada por dispneia a médios esforços.
- 2) Compromisso da atividade e repouso, relacionado com imobilidade e dispneia a médios esforços, manifestado por incapacidade nos cuidados de higiene, vestir e despir, uso do sanitário e confecção de alimentos.
- 3) Risco de alteração da integridade cutânea, relacionado com imobilidade.
- 4) Risco de queda, relacionado com imobilidade.

### 3. PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Diagnósticos de Enfermagem	Objetivos	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
<p><b>1) Intolerância ao esforço, relacionada com ICC, manifestada por dispneia a médios esforços.</b></p>	<p>Promover um padrão ventilatório eficaz;</p> <p>Aumentar a tolerância ao esforço;</p> <p>Melhorar a força muscular nos membros inferiores;</p> <p>Evitar a ocorrência de episódios de dispneia.</p>	<p>- Avaliar antes e após o programa de RFR os seguintes parâmetros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Sinais Vitais (TA, Temperatura (T), FC, Sat.O2, FR, Dor);</li> <li>* Padrão respiratório (amplitude, ritmo, presença de dispneia através da escala de <i>Borg</i> Modificada);</li> <li>* Sinais de má perfusão periférica;</li> <li>* Necessidade de oxigênio suplementar;</li> <li>* Auscultação pulmonar;</li> </ul> <p>- Avaliação da força muscular em todos os movimentos dos segmentos corporais, utilizando a escala <i>Medical Research Council</i>.</p> <p>- Promoção de um ambiente calmo e relaxante.</p> <p>- Esclarecer a doente e cuidador dos procedimentos a realizar, a finalidade das sessões de RFR e vantagens;</p> <p>- Planear as sessões em parceria com a doente, tendo em conta o seu grau</p>	<p><b>11/01/2017</b></p> <p>- Sinais Vitais no início da sessão: TA: 128-67 mmHg, FC: 76 bpm; T: 36,5°C; FR: 17 ciclos/min; respiração superficial, rítmica, mista, com SpO2 de 96% com aporte de O2 a 1L/min ON. Sem sinais de dificuldade respiratória (SDR). Avaliada dispneia através da escala de <i>Borg</i> modificada, apresentando 0 em repouso. Auscultação: murmúrio vesicular globalmente diminuído. Sem ruídos adventícios. Sem sinais de má perfusão periférica.</p> <p>- Colocada oxigenoterapia a 2 L/min por ON, no início da sessão de RFR, segundo prescrição médica. SpO2 94-96% no decorrer do programa de reabilitação.</p> <p>- Força muscular sobreponível à avaliação inicial.</p> <p>- Explicado à doente e cuidador os exercícios a realizar esclarecendo-os acerca da sua importância. Pedido ao cuidador que desligasse a televisão, de modo a promover um ambiente tranquilo.</p> <p>- Incentivada a assumir a posição de descanso e relaxamento, deitada no leito. Tomada de consciência da respiração com controlo e dissociação dos tempos respiratórios (ensinada a inspirar como se “cheirasse uma flor” e expirar lentamente como se “soprasse uma vela sem a apagar”. Boa adesão ao exercícios, assumindo-o como</p>

		<p>de compreensão e sua tolerância ao esforço;</p> <p>- Ensinar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Técnicas de descanso e relaxamento;</li> <li>* Promoção da consciencialização e controlo da respiração (treino de dissociação dos tempos respiratórios com inspiração nasal profunda e expiração pela boca lentamente com os lábios semicerrados);</li> <li>* Respiração diafragmática.</li> </ul> <p>- Realizar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Exercícios de reeducação diafragmática (global, porção posterior) e progressivamente introduzir resistência se a doente tolerar.</li> <li>* Exercícios de reeducação costal (global com e sem bastão) e seletivos (decúbito lateral esquerdo e direito com abdução dos membros superiores).</li> </ul> <p>- Realização de mobilizações ativas-assistidas nos membros inferiores e ativas em todos os movimentos dos restantes segmentos corporais, tendo em conta a tolerância da doente</p>	<p>uma brincadeira.</p> <p>- Realizados exercícios de reeducação diafragmática (global e posterior). Boa tolerância à introdução de resistência manual (mão da enfermeira). Realizadas 5 repetições, cada.</p> <p>- Exercícios de reeducação costal global (com e sem bastão). Inicialmente realizou automobilizações dos membros superiores e posteriormente oferecido um pau de vassoura para realização dos mesmos. Tolerância de 5 repetições, cada.</p> <p>Refere dor (grau 7, escala numérica, na flexão da escapulo-umeral (à direita e esquerda), a partir dos 90º e na abdução de ambos os membros superiores aos 80º (grau 6), com limitação articular. Realizado ensino ao marido sobre os benefícios da administração de terapêutica analgésica cerca de 30 minutos antes do programa de reabilitação (Paracetamol, 1G, PO).</p> <p>- Realizadas mobilizações ativas-assistidas dos membros inferiores. Apresenta dor à flexão da coxo-femoral e joelho, com limitação articular aos 60°. Refere dor grau 5 (escala numérica).</p> <p>- Realizado levantar para a CR, faz carga nos membros inferiores, mas recusa deambular por medo. Realizados exercícios de equilíbrio dinâmico em pé. Consegue alternar cargas nos membros inferiores, no entanto ao espalhar objetos na cama pedindo à doente que os traga para junto</p>
--	--	---	---

		<p>(amplitude articular e dor);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Progredir para realização de mobilizações ativas em todos os movimentos dos segmentos corporais;</li> <li>- Ensino de atividades terapêuticas (ponte, rotação controlada da anca, rolar);</li> <li>- Iniciar os exercícios com 10 repetições cada. Introduzir ao longo das sessões maior número de repetições e aumento de resistência de acordo com a sua tolerância.</li> <li>- Progredir para ensino, treino de transferências e levantar à doente e cuidador/filha incentivando-os a fazê-lo diariamente;</li> <li>-Treino de equilíbrio dinâmico em pé:</li> <li>- Progredir para treino de marcha controlada, subir e descer escadas, uso de pedaleira.</li> <li>- Correção postural.</li> <li>- Reforço positivo na realização dos</li> </ul>	<p>dela, revela receio de cair, recusando o exercício.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apesar da boa adesão aos exercícios propostos, esta ainda apresenta equilíbrio dinâmico em pé instável, recendo cair. Não foi realizado treino de marcha, por recusa, no entanto estabeleceu-se com a doente, o objetivo de caminhar até ao portão da vivenda (cerca de 50 metros) no decorrer do programa de reabilitação.</li> <li>- Fica sentada na CR, realizando pedaleira, com tolerância de 5 minutos. Saturações Periféricas de O2 no final da sessão: 94%; Escala de Borg: 1 (muito leve).</li> </ul> <p><b>23/01/2017</b></p> <p>Sinais vitais estáveis, com SpO2 de 96%, com aporte de O2 a 1 L/min ON. Aumenta-se oxigênio para 2 L/min para realização de exercício. Escala de Borg Modificada em repouso, grau 0 (sem dispneia).</p> <p>No programa de reabilitação implementado verificaram-se as seguintes alterações relativamente a dia 11/01/2017:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Força muscular melhorada ao nível do MIE (5/5), mantém grau 4/5 no MID (escala <i>Medical Research Council</i>). Foi administrada analgesia cerca de 30 minutos antes do exercício, verificando-se melhoria da dor ao nível dos movimentos dos membros superiores e inferiores, com maior amplitude do movimento dos segmentos corporais: 110° e 90°, na flexão e abdução dos membros superiores, respetivamente e 90° na flexão da coxo-femoral e joelho do</li> </ul>
--	--	---	--



		exercícios, para maior adesão ao programa de reabilitação implementado.	<p>MID. Consegue realizar mobilizações ativas do MLE e ativas-assistidas do MID. Realiza 10 repetições em cada membro, seguido de um período de descanso.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Maior tolerância ao programa de reabilitação implementado, mostrando grande satisfação na realização dos exercícios de reeducação costal com bastão, realizando 15 repetições.</li> <li>- Treino sobreponível ao de dia 11/01 mas com maior ênfase no treino de equilíbrio e marcha. Conseguiu chegar à porta da rua (desceu um degrau, necessitando de efetuar um período de descanso na CR).</li> <li>- Desloca-se com andariço por sentir maior segurança. Contactou com a vizinha demonstrando grande satisfação.</li> <li>- No final, faz treino de pedaleira com tolerância de 10 minutos.</li> <li>- Escala de Borg Modificada no final da sessão 0,5 (muito leve). Sat O2 94% com aporte de O2 a 2 L/min ON.</li> </ul> <p><b>01/02/2017</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sinais vitais estáveis no início da sessão, mantendo os parâmetros sobreponíveis ao da sessão de dia 23/01/2017.</li> <li>- Em termos de evolução, nota-se uma ligeira melhoria da força muscular no MID, considerando 5/5, na escala já</li> </ul>
--	--	---	--

			<p>referida.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Introduzida resistência manual nos exercícios ao nível dos membros inferiores. Boa adesão ao exercício. Sem queixas de dor ao longo do programa de reabilitação.</li><li>- Substituiu-se o andarilho pelo tripé, no treino de marcha. Inicialmente a doente mostrou alguma renitência, referindo maior insegurança, mas progressivamente houve da sua parte uma maior aceitação.</li><li>- Realizado treino de subir e descer escadas com eficácia (5 degraus).</li><li>- Mostra grande satisfação no treino de marcha, tendo neste dia chegado até ao portão da vivenda (50 metros), cumprindo o objetivo estabelecido previamente.</li></ul> <p>Escala de <i>Borg</i> modificada 0 (sem dispneia) no final da sessão.</p>
--	--	--	--

<p><b>2) Compromisso da atividade e repouso, relacionado com imobilidade e dispneia a médios esforços, manifestado por incapacidade nos cuidados de higiene, vestir e despir, uso do sanitário e confecção de alimentos.</b></p>	<p>- Promover a máxima autonomia da doente nas suas atividades de autocuidado com o menor esforço possível.</p> <p>- Reduzir ao máximo o gasto de energia nas suas atividades de autocuidado.</p> <p>- Prevenir o <i>burnout</i> do cuidador (físico e psicológico).</p>	<p>- Monitorizar o grau de dependência através da escala de MIF e Índice de <i>Barthel</i>.</p> <p>- Avaliar o envolvimento da doente respeitando a sua vontade no processo de cuidados.</p> <p>- Gerir as atividades que consegue ou não fazer e alternar as mesmas com períodos de descanso;</p> <p>- Reforço de ensinios à filha e cuidador sobre a importância de não substituir a doente nas suas atividades de autocuidado, de modo a promover a sua máxima autonomia;</p> <p>- Realização de ensinios à filha e cuidador sobre estratégias facilitadoras nos cuidados de higiene, vestir/despír, eliminação e alimentação no domicílio;</p> <p>- Ensino à filha e cuidador sobre estratégias de mecânica corporal a adotar nos cuidados de higiene, levante e transferências;</p>	<p style="text-align: right;"><b>11/01/2017</b></p> <p>- Avaliado o grau de dependência da doente através da escala de MIF e Índice de <i>Barthel</i>, mantendo-se sobreponível à avaliação inicial. Não foi possível realizar avaliação presencial relativa à higiene pessoal, vestir e despir e uso da casa de banho, uma vez que neste dia já tinham sido prestados os cuidados de higiene à doente. Esta encontra-se muito receptiva à equipa de enfermagem, demonstrando vontade de recuperação.</p> <p>- Realizados ensinios ao marido, filha e doente sobre estratégias adaptativas para as atividades de autocuidado e sobre as posições que eles próprios deveriam adotar durante os cuidados, a fim de evitar lesões músculo-esqueléticas. Foi-lhes explicado que a doente deveria alternar períodos de descanso com períodos de esforço; nos períodos de esforço, não esquecer de inspirar pelo nariz e expirar pela boca lentamente; tomar banho sentada; utilizar um roupão turco para se secar em vez de uma toalha; juntar toda a roupa necessária na altura de se vestir (em vez de ir buscar uma peça de cada vez) e juntando-a pela ordem que a vai vestir, lavar os dentes ou pentear-se sentada.</p> <p>- A filha apresentou boa adesão aos ensinios efetuados, mas o marido da senhora mostrou algum nervosismo quando abordada esta temática. Refere sentir-se muito cansado temendo não conseguir cuidar da esposa.</p> <p>- Realizado ensinios relativos aos produtos de apoio</p>
--	--	--	--

		<p>- Esclarecimento ao cuidador sobre os apoios existentes para cuidar da esposa, evitando a sua sobrecarga.</p> <p>- Realização de ensinios referentes aos produtos de apoio existentes e ao modo de aquisição.</p> <p>- Explicar a importância do reforço positivo de acordo com os progressos da doente.</p> <p>- Mostrar disponibilidade no decorrer das VD para esclarecimentos de dúvidas</p>	<p>existentes a pedido da filha, nomeadamente aquisição de cadeira giratória para a banheira, cadeira sanitária, arrastadeira e andarilho. A doente já possui cama articulada, CR e tripe.</p> <p style="text-align: center;"><b><u>16/01/2017</u></b></p> <p>Avaliado o grau de dependência através da escala de MIF e Índice de <i>Barthel</i>, apresentando algumas melhorias relativamente à avaliação inicial.</p> <p><u>Índice de Barthel:</u> Score 50, dependência total. Alimentação (5), necessita de ajuda (confeção dos alimentos); Transferências (10), alguma ajuda; Toilete (5), independente a lavar os dentes e pentear-se; Utilização do WC (0), dependente; Banho (0), dependente; Mobilidade (5), independente na CR, necessita de ajuda; Subir e descer escadas (0), dependente; vestir (5), necessita de ajuda; controlo intestinal (10), continente; controlo urinário (10), continente.</p> <p><u>MIF</u> (Medida de Independência Funcional): Score 73. Autocuidados (alimentação (4), higiene pessoal (2), banho (2), vestir ½ superior (3), vestir ½ inferior (2), utilização da sanita (2); Controlo de Esfínteres (Bexiga (6), Intestino (6)); <u>Mobilidade</u> (Transferência (3), sanita (1), banheira (1)); <u>Locomoção</u> (marcha (2), CR (2), escadas (1)); <u>comunicação</u> (compreensão auditiva (7) e visual (7), expressão vocal (7) e não vocal (7)); <u>Cognição Social</u> (Interação Social (2), resolução de problemas (3) e memória (3)).</p>
--	--	---	--

			<p>- Apesar de participativa a doente continua a necessitar de ajuda total na maioria das suas atividades de autocuidado. Foi adquirida uma cadeira giratória para banheira, cadeira sanitária e arrastadeira.</p> <p>- A filha da doente começou a trabalhar por turnos, não conseguindo assegurar a prestação de cuidados de higiene diários à mãe. O marido apresenta algum desconforto e nervosismo, perante a situação. Refere estar muito cansado e sozinho para tratar da esposa. Foi-lhe proposto a aquisição de Apoio Domiciliário para os cuidados de higiene à esposa. Boa adesão da sua parte à proposta efetuada.</p> <p style="text-align: center;"><b>30/01/2017</b></p> <p>Avaliado o grau de dependência através da escala de MIF e Índice de <i>Barthel</i>, apresentando-se sobreponível à de dia 16/01/2017.</p> <p>Neste dia à nossa chegada a doente encontrava-se no final dos cuidados de higiene e conforto, pelo que foi incentivada a lavar os dentes e pentear-se de forma autónoma. Consegue executar a tarefa. Efetuado reforço positivo, mostrando-se muito satisfeita.</p> <p>Contactada a filha telefonicamente, tendo esta explicado que sente o pai mais calmo desde a aquisição de apoio para os cuidados de higiene. O cuidador explica que foi uma grande ajuda, sentindo-se mais confortável.</p>
--	--	--	--

<p><b>3) Risco de alteração da integridade cutânea, relacionado com imobilidade.</b></p>	<p>- Prevenir alterações da integridade cutânea.</p>	<p>- Avaliar periodicamente o risco de desenvolvimento de úlceras por pressão através da Escala de <i>Braden</i>.</p> <p>- Ensinar a doente e o cuidador sobre a importância da vigilância da integridade cutânea; hidratação e nutrição adequadas; realização de alternância de decúbitos no leito/CR, de acordo com a tolerância e a sua sensibilidade.</p> <p>- Promover o uso de materiais de prevenção de úlceras de pressão: colchão de pressão alterna, almofadas de gel na CR.</p> <p>- Ensino ao cuidador sobre a promoção da segurança nos procedimentos efetuados (levantar, transferências, cuidados de higiene).</p>	<p style="text-align: right;"><b><u>11/01/2017</u></b></p> <p>- Na avaliação do dia 10/01/2017 relativa ao risco de desenvolvimento de úlceras por pressão, evidenciou alto risco para o seu desenvolvimento (<i>Score</i> 16 na escala de <i>Braden</i>). Sem alterações da integridade cutânea.</p> <p>- Realizados ensinios ao cuidador e filha sobre a importância da alternância de decúbitos frequentes e de uma adequada hidratação e nutrição na prevenção de lesões cutâneas. Boa adesão da filha aos ensinios efetuados, mas o marido apresentou dúvidas sobre a temática (posicionamentos), pelo que foi realizado reforço sobre a mesma nas VD realizadas.</p> <p style="text-align: center;"><b><u>30/01/2017</u></b></p> <p>Apresenta <i>Score</i> 18, baixo risco de desenvolver Úlcera por Pressão. Houve melhoria no item da atividade (que passou de "acamada (1)", para "anda ocasionalmente" (3). Sem alterações da integridade cutânea.</p> <p>- A filha refere manter os cuidados de limpeza e hidratação da pele, tendo adquirido um colchão anti-escaras e uma almofada de silicone para colocar na CR. Sem alterações da integridade cutânea.</p> <p>- Quanto aos cuidados de higiene houve necessidade de pedir apoio domiciliário, uma vez dia, pois o marido da doente demonstrou um grande desgaste físico e psicológico.</p>
--	--	---	--

<p><b>4) Risco de queda, relacionado com imobilidade.</b></p>	<p>Prevenir a ocorrência de quedas.</p>	<p>- Avaliação periódica do risco de queda, através da utilização da escala de <i>Morse</i>.</p> <p>- Utilização de dispositivos de segurança no leito (colocação de grades).</p> <p>- Realização de ensinios à doente e cuidador relativos: adaptação às barreiras arquitectónicas (mobília, tapetes, pisos com declive ou escorregadios); uso de vestuário adequado e transferências de forma segura.</p>	<p style="text-align: right;"><b>11/01/2017</b></p> <p>- Avaliação do risco de queda através da escala de <i>Morse</i>, sobreponível ao da avaliação inicial, <i>score</i> 75, significando, alto risco de queda.</p> <p>- Foi explicado à filha e marido da doente a importância da elevação das grades da cama e que para segurança da mesma, deveriam ser retirados os tapetes do chão sendo que este deveria ser limpo (uma vez que se encontrava com muito pó e escorregadio). Alertou-se também para que o quarto da doente ficasse mais amplo, com menos mobília. Para realização de levantar de forma segura, adotou-se a utilização de vestuário adequado e confortável, nomeadamente o uso de calças (sendo mais seguro segurar no cóis das calças) no levantar.</p> <p>Para a prática segura do levantar, numa fase inicial, estabeleceu-se com a doente e família que este deveria ser realizado com duas pessoas.</p> <p style="text-align: center;"><b>01/02/2017</b></p> <p>- Na avaliação do risco de queda, mantém alto risco de queda, através da avaliação da mesma, pela Escala de <i>Morse</i>. Sem ocorrência de novas quedas durante o programa de reabilitação.</p> <p>- Doente revelou maior segurança nas suas ações, nomeadamente nas transferências, que não efetua sem ajuda.</p>
---	---	---	--

			<p>- Marido da doente muito proactivo e cumpridor dos ensinios efetuados, tendo retirado os tapetes e o excesso de móveis do quarto, encontrando-se este com menos obstáculos. Limpa o chão uma vez por semana. Adotou a utilização de uma faixa imobilizadora quando a doente permanece na CR, minimizando a ocorrência de quedas.</p>
--	--	--	---



## **REGISTOS DO TURNO DE DIA 10/01/2017**

Doente orientada na pessoa e espaço, mas desorientada no tempo. Pele e mucosas coradas, hidratadas e íntegras. Sem queixas álgicas. Apresenta discurso fluente, com nomeação, repetição e compreensão mantidas. Sem alterações da sensibilidade.

Apresenta alteração da força muscular (*Medical Research Council*) nos movimentos dos segmentos de ambos os membros inferiores, com força 4/5 (coxo-femoral, joelho, tíbio-társica e dedos). Procedeu-se à avaliação do tônus muscular em todos os movimentos dos segmentos corporais, através da Escala de *Ashworth*, não se tendo verificado alterações.

Realizadas atividades terapêuticas no leito (ponte, rolar, rotação controlada da anca e realização de carga em ambos os cotovelos). Realizadas mobilizações ativas dos segmentos da cabeça e pescoço e membros superiores e ativas-assistidas dos membros inferiores.

Realizado primeiro levante, sem intercorrências. Apresenta equilíbrio sentada, estático e dinâmico, eficaz. Equilíbrio em pé, estático e dinâmico instável. Assume posição de pé, mas recusou treino de marcha, referindo medo de cair.

Sem alterações da integridade cutânea. O cuidador refere que a esposa urina e evacua na arrastadeira, sem perdas ao longo do dia. A urina é clara e sem sedimento. Evacua diariamente, fezes moldadas, castanhas em moderada quantidade.

Foram realizados ensinios ao cuidador sobre a importância da alternância de decúbitos no leito e transferências. Cuidador ansioso quando abordada temática dos cuidados de higiene, referindo ser a filha responsável por essa tarefa.

## **APÊNDICE V**

Guia de Orientação para o Cuidador – Sonda Vesical

## CUIDADOS

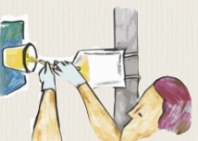
Deve despejar o saco coletor, abrindo a torneira, sempre que este se apresente praticamente cheio (cerca de 3/4 da sua capacidade). Faça-o **devagar**, **evitando salpicos** e utilizando um **recipiente de uso exclusivo** para esse fim, devendo desinfecá-lo com água e lixívia. Proteja-se!

Desinfete a torneira com álcool a 70°.

Se o saco não apresentar torneira, terá mesmo de o trocar.

Para proceder à **troca do saco de urina** basta colocar

um *clamp* (tesoura) na



algália e desconectar a extremidade do tubo do saco com a algália e conectar um novo saco.

No final retire o *clamp*.

O saco da algália deve ser trocado se apresentar alteração de cor, mau cheiro ou aspeto degradado. Pode adquiri-lo numa

farmácia.

Caso o saco se desconecte da algália, não volte a colocá-lo, evitando a contaminação.

## ATENÇÃO!

- Deve vigiar a quantidade de urina nas 24 horas. Se em 4 horas apenas urinar cerca de 100 ml, procure verificar:
  - Se a algália está **dobrada**;
  - Se está por baixo de alguma coisa que lhe **faça peso**;
  - Se a urina apresenta **sedimento** (areias) que possa estar a obstruir a algália. Neste caso entre de imediato em contacto com um enfermeiro do centro de saúde, ou dirija-se ao hospital.
- Caso a algália se exteriorize não entre em pânico. Contacte um enfermeiro ou dirija-se ao hospital para lhe colocarem outra.

### Referências Bibliográficas:

Diogo, A. & Moura, M. (s.d.) *Manual do Cuidador: Incontinência Urinária no Idoso*. Açores: Direção Regional da Solidariedade Social.

Maia, D., Ribeiro, C. & Temudo, A. (2016). *Do Hospital para Casa e Agora?* Alíffagide: Oficina do Livro.

### Elaborado por:

Enfermeira Sara Conde (Aluna),  
7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação;

**Enfermeira Orientadora:** EEBER Adélia Ferreira

**Professora Orientadora:** Cristina Saraiva

## SONDA VESICAL (ALGÁLIA)

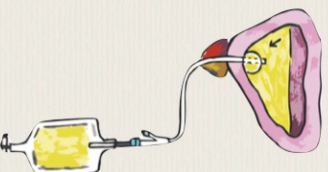
### Guia de Orientação para o Cuidador



## O que é uma sonda vesical (algália)?

Uma algália trata-se de uma sonda que é colocada na bexiga para extrair a urina encontrando-se conectada a um saco coletor.

Tenha em mente que as algálias devem ser trocadas por um enfermeiro dentro de um intervalo de tempo regular.

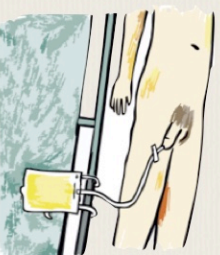


Existem alguns cuidados que deve ter com o seu familiar!

No momento da higiene corporal diária, realize uma limpeza cuidada à sonda.

## SONDA VESICAL (ALGÁLIA) - CUIDADOS

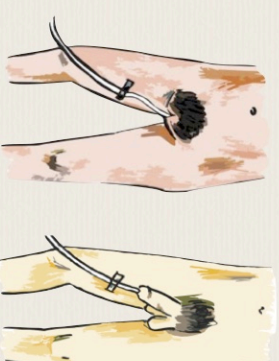
Se o seu familiar tomar banho na cama, o saco da algália deve estar posicionado abaixo do nível da cama, evitando o retorno da urina para a bexiga.



Sempre que mudar o seu familiar de **posição**, o **saco** deve **acompanhar a direção** (Exemplo: se virar o seu familiar para a direita o saco coletor deve estar fixo ao lado direito da cama).

Quando sentar o seu familiar, tente que o saco não permaneça em contacto directo com o chão.

Após os cuidados de higiene deve **fixar a algália de lado**, à coxa do seu familiar, com adesivo (de preferência anti-alérgico), deixando uma pequena folga. Assim poderá mobilizá-lo sem dar um puxão à algália e sem o magoar.



Deve ter em atenção o reforço de líquidos. Através do odor e do aspeto da urina, saberá se a água ingerida é suficiente. Pouca urina, escura e com odor intenso é sinal de insuficiente quantidade de líquidos.

## **APÊNDICE VI**

Guia de Orientação para o Cuidador – Alimentação



## CUIDADOS

- Procure fazer várias refeições, em pequenas quantidades. Deve incluir fruta e outras verduras, tal como alimentos ricos em proteínas (leite, iogurtes, peixe e carne).

Diminua o número e quantidade de alimentos gordos e ricos em açúcares (doces, molhos, enchidos).

- Procure que o seu familiar ingira pelo menos **1,5 litros de água** diariamente! Previne a desidratação, facilita e amolece as fezes, é fundamental se o seu familiar tiver diarreia. Em caso de dificuldade na ingestão de água, pode reforçar o consumo de chás, sopas, sumos, entre outros.

- **Evite misturar pratos** (por exemplo a carne e o arroz na sopa), pois a mistura de sabores e de ingredientes torna os alimentos menos agradáveis.

- Não esqueça a realização da **higiene oral** no final da refeição.



## ATENÇÃO!

- Se o seu familiar apresentar dificuldade em engoír o alimentos, peça-lhe que faça **flexão da cabeça** de modo a evitar que se engasgue (queixo junto ao peito).
- Após ingestão da refeição verifique se não ficam **restos de comida na boca** que possam levar ao engasgamento.

- Se o seu familiar não consegue comunicar e avisá-lo do engasgamento, deve estar atento aos seguintes sinais: **tosse, lacrimejar durante a refeição, alteração da voz** (nasalada com os líquidos), **sensação de obstrução na garganta, falta de ar**.
- O engasgamento é uma situação de emergência, podendo levar à asfixia. Se tal acontecer, ligue de imediato para o 112.

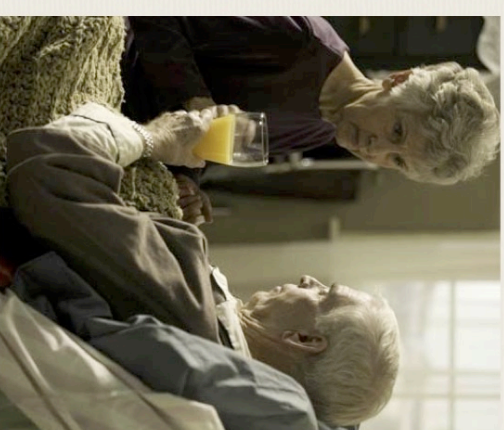
### Referências Bibliográficas:

Maia, D., Ribeiro, C. & Temudo, A. (2016). *Do Hospital para Casa e Agora?* Alfragide: Oficina do Livro.

**Elaborado por:** Enfermeira Sara Conde (Alma),  
7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação;  
**Enfermeira Orientadora:** EBER Adélia Ferreira  
**Professora Orientadora:** Cristina Saraiva

## ALIMENTAÇÃO

### Guia de Orientação para o Cuidador



### Tem um familiar dependente?

Cuidar de um familiar dependente é, para muitas pessoas, o maior desafio das suas vidas.

Este folheto poderá oferecer algumas sugestões que o ajudarão na manutenção do estado nutricional e hidratação do seu familiar.

Existem inúmeros problemas que se podem prevenir com uma boa nutrição,

nomeadamente aqueles que estão relacionados com a dependência (úlceras de pressão) ou o retardamento de doenças oportunistas que tendem a aparecer quando o sistema imunitário não está fortalecido.

Os alimentos fornecem energia, permitindo que os medicamentos ou tratamentos, sejam mais eficazes! As refeições principais devem ser completas (sopa, prato e fruta) e as quantidades adequadas ao apetite de cada um. Dê preferência a ingredientes frescos!

## ALIMENTAÇÃO - SUGESTÃO DE MENU

É possível que o seu familiar demore mais tempo para comer que o habitual. Seja paciente, dê-lhe tempo. É muito encorajador sentir que consegue ter algum controlo no ato de comer.

Antes de iniciar a alimentação e durante 30 minutos após, coloque o seu familiar na posição de sentado para evitar engasgar-se e sufocar.

Verifique a temperatura da comida para evitar queimaduras na boca, língua e/ou esófago.

### PEQUENO-ALMOÇO

1 taca de papa (250 ml de leite + papa a seu gosto).

### MEIO DA MANHÃ

1 copo de batido de fruta fresca com leite (Ex: 250 ml de leite + 1 peça de fruta + 2 bolachas (tipo Maria)) ou 1 iogurte sólido/liquido ou puré de fruta.

### ALMOÇO

**Sopa:** creme de legumes/cenoura ou outra sopa.

**Prato:** carne 50 g (cozida ou grelhada e sem gorduras) + batata/massa/arroz cozidos + legumes (cenoura/esparregado/brócolos cozidos).

**Sobremesa/fruta:** puré de fruta (cozida/triturada), banana/kiwi triturados ou gelatina.

### LANCHE

1 copo de batido de fruta fresca ou kiwi/banana triturados ou iogurte.

### JANTAR

**Sopa:** creme de legumes/cenoura ou outra sopa.

**Prato:** Peixe 50 g (sem espinhas ou peles) + batata/massa/arroz cozidos+legumes (cenoura/ brócolos cozidos).

**Sobremesa/fruta:** puré de fruta (cozida/triturada), gelatina.

### CEIA

1 copo de leite ou chá (250 ml) ou 1 iogurte.



## **APÊNDICE VII**

Prótese Total da Anca - Guia de Apoio à Pessoa e Cuidador



Em caso de dúvida contacte o  
seu Enfermeiro de Reabilitação!

### Contactos

[Redacted contact information]

[Redacted contact information]

[Redacted contact information]

Adaptado de: [www.clinicadeckers.com.br](http://www.clinicadeckers.com.br);  
[www.tuasauade.com](http://www.tuasauade.com). Fonte de imagens:  
[www.clinicadeckers.com.br](http://www.clinicadeckers.com.br); [www.tuasauade.com](http://www.tuasauade.com).

Elaborado por: Enf.ª Sara Conde (Aluna)  
7º Curso de Mestrado em Enfermagem de  
Reabilitação  
Professora Orientadora: Cristina Saraiva  
Enf.ª Orientadora: EEEF Adélia Ferreira



ACES



## Prótese Total da Anca





Se lhe foi entregue este guia de apoio é porque foi submetido a **Artroplastia Total da Anca** (Prótese Total da Anca).

O plano de reabilitação depois da cirurgia deve ser iniciado o mais cedo possível, de modo a aumentar a força muscular dos músculos afetados, a mobilidade da articulação coxo-femoral e retomar as suas atividades com menos limitações.

Neste documento são apresentadas algumas recomendações e exercícios que pode realizar ao longo do dia em sua casa.

## Recomendações

Para acelerar a recuperação pós-cirurgia deve respeitar estes cuidados básicos:

### Nas primeiras semanas ...

Não apoiar a totalidade do peso corporal na perna operada;

Não dormir para o lado operado;

Manter o membro operado afastado da linha média do corpo.

### Permanentemente ...

Não cruzar as pernas;

Não dobrar a perna operada acima dos 90°;

Não rodar a perna com a prótese, para dentro ou para fora;



## Recomendações

É recomendado que se dirija ao médico em caso de:

- Dor intensa na perna operada;
- Queda;
- Febre (temperatura superior a 38°C);
- Dificuldade em mexer a perna operada;
- Verificar que a perna operada se encontra mais curta que a outra;
- Verificar que a perna operada está numa posição diferente do normal.

## Dúvidas

---

---

---

---

---

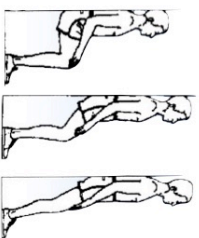
---

---

---

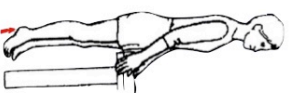
A partir da **8ª semana**, pode progredir para exercícios resistidos (pesos, elásticos).

Na **12ª semana**, os movimentos da anca já devem estar normalizados e os exercícios devem ser mantidos, aumentando a resistência e o número de repetições. Pode adicionar outros exercícios ao programa, nomeadamente:



**Agachamento:** apoie as costas na parede, pé afastados, flita os joelhos e escoregue o corpo lentamente pela parede.

**Repetita 10 vezes**



**Elevação do calcanhar em pé:** apoie as mãos numa estrutura firme e fique em pontas dos pés. Pode começar com um pé e depois com os dois.

**Repetita 10 vezes**

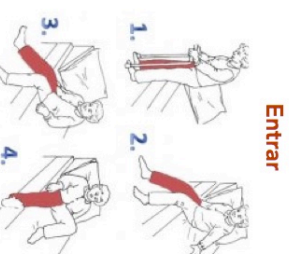
**Alongamento da coxa:** segure-se a uma superfície firme. Com a outra mão, puxe o pé em direção à nádega.

**Repetita 10 vezes**



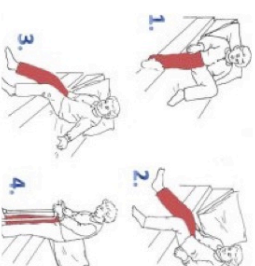
## Entrar/Sair da Cama

**Entrar na cama:** encoste a perna boa na cama, sente-se e coloque primeiro a perna boa no meio da cama e depois com a ajuda das mãos, coloque (esticada) a perna operada.



**Sair**

**Sair da cama:** sente-se, segure na perna operada (esticada) com as mãos e gire o tronco para fora da cama. Apoie a perna boa no chão e levante o corpo com a perna operada esticada.



**i** Sempre que esteja deitado na cama, deve colocar uma almofada entre as pernas para ajustamento da prótese. Evite dormir sobre o lado operado.

## Sentar/Levantar

### Cadeira sem braços



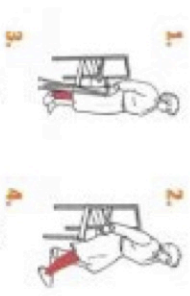
Sentar: fique ao lado da cadeira, mantenha a perna operada esticada, sente-se e rode o corpo para a frente.



Levantar: Rode o corpo para o lado, mantenha a perna operada esticada, levante-se apoiando-se na cadeira.



### Cadeira com braços



Sentar: de costas para a cadeira, mantenha a perna com a prótese esticada, coloque as mãos nos braços da cadeira e sente-se, dobrando a outra perna.



Levantar: coloque as mãos nos braços da cadeira, mantenha a perna com a prótese esticada, coloque a força na outra perna e levante-se.

### ALTEADOR DE SANITA



### Sanita

Se a sua sanita for muito baixa é recomendado que lhe coloque um alteador, evitando deste modo que a perna operada fique dobrada a mais de 90°.



A partir da 4ª semana de tratamento pode acrescentar mais exercícios ao seu plano de reabilitação. Fale com o seu enfermeiro de reabilitação!



Flexão do joelho: levante o joelho operado até à cintura (não ultrapassar os 90°). Volte lentamente à posição inicial.

**Repita 10 vezes**



Movimentos de Abdução: abra e feche a perna operada aguentando 2 segundos. Feche lentamente.

**Repita 10 vezes**



Extensão da Anca: puxe a perna operada atrás com o joelho esticado. Volte lentamente à posição inicial.

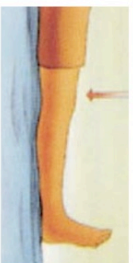
**Repita 10 vezes**





Movimentos de abdução: abra e feche a perna operada fazendo-a deslizar sobre a cama.

**Repita 10 vezes**



Contração da coxa: pressione a cama com a parte de trás do joelho, mantenha 5 segundos e relaxe.

**Repita 10 vezes**



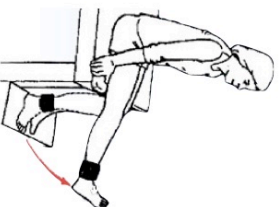
Elevação da perna: com o joelho da perna operada em extensão, eleve a perna, mantenha alguns segundos e desça.

**Repita 10**



Fortalecimento da coxa: coloque um travesseiro por baixo do joelho esticado, mantendo 3 segundos.

**Repita 10 vezes**

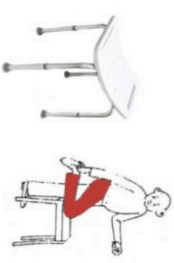


Fortalecimento da coxa: quando realizado com facilidade, este exercício pode ser feito sentado na ponta da cama. Apoie a perna boa e faça extensão com a perna operada, durante 3 segundos.

**Relaxe e repita 10 vezes**

## Banho

Pode tomar banho sentado, usando um banco de plástico (não muito baixo para a perna não dobrar acima dos 90°). Mantenha a perna operada esticada.



Para lavar a perna boa, pode dobrá-la colocando-a em cima da outra.

Para lavar a perna operada, deve-se levantar do banco, colocar o joelho em cima desse evitando o risco da prótese sair do lugar.

## Vestir/Despir/Calçado

Para vestir/despir as calças ou calçar meias e sapatos na perna boa, sente-se numa cadeira e dobre a perna boa, apoiando-a em cima da perna operada. Na perna operada, deve colocar o joelho dessa em cima da cadeira para se conseguir despir ou calçar.

## Andar (canadianas)

1. Avance primeiro a canadiana;
2. Avance a perna com a prótese;
3. Avance a perna boa.

## **APÊNDICE VIII**

Manual de Produtos de Apoio

**Centro de Saúde de [REDACTED]**  
**UCC [REDACTED]**

# **Manual de Produtos de Apoio**

(segundo a Norma ISO: 9999:2007)

---

**Enfermagem de Reabilitação**

**Elaborado por:** Enf.<sup>a</sup> Sara Conde (Aluna), 7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

**Enfermeira Orientadora:** Adélia Ferreira

**Professora Orientadora:** Cristina Saraiva

**Lisboa, Fevereiro de 2017**

---

**Tel:** 21 [REDACTED] | 96 [REDACTED]

**E-mail:** [REDACTED]

**Morada:** [REDACTED]



## ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO .....	6
1. PRODUTOS DE APOIO PARA TRATAMENTO CLÍNICO INDIVIDUAL .....	7
1.1. Produtos de Apoio para Terapia Respiratória .....	7
1.2. Produtos de Apoio para Terapia Circulatória .....	9
1.3. Equipamento e materiais para testes físicos, fisiológicos e bioquímicos .....	9
1.4. Estimuladores .....	10
1.5. Produtos de Apoio Para Prevenir Úlceras Por Pressão .....	10
1.6. Equipamento para Treino de Movimento, Força e Equilíbrio .....	11
2. ORTÓTESES E PRÓTESES .....	12
2.1. Ortóteses para a Coluna .....	12
2.2. Ortóteses para o Membro Superior .....	13
2.3. Sistema de Ortóteses para o Membro Inferior .....	15
2.4. Outras Próteses Excluindo as Próteses dos Membros .....	17
2.5. Calçado Ortopédico .....	19
3. PRODUTOS DE APOIO PARA CUIDADOS PESSOAIS E PROTEÇÃO .....	20
3.1. Produtos de Apoio para Vestir e Despir .....	20
3.2. Produtos de Apoio para Higiene Pessoal .....	22
3.3. Produtos de Apoio para Traqueostomia .....	24
3.4. Produtos de Apoio para Ostomia .....	24
3.5. Produtos de Drenagem de Urina .....	28
3.6. Produtos Coletores de Urina .....	29
3.7. Produtos de Apoio para Absorção de Urina e Fezes .....	29
3.8. Produtos de Apoio para Lavagem, Banho e Duche .....	30



3.9. Produtos de Apoio para Medição das Propriedades Físicas e Fisiológicas Humanas .....	31
<b>4. PRODUTOS DE APOIO PARA MOBILIDADE PESSOAL .....</b>	<b>32</b>
4.1. Produtos de Apoio para marcha, manejados por um braço .....	32
4.2. Produtos de Apoio para a Marcha, Manejados pelos Dois Braços .....	33
4.3. Carros.....	34
4.4. Cadeiras de Rodas Manuais .....	35
4.5. Cadeiras de Rodas Motorizadas .....	36
4.6. Acessórios para Cadeiras de Rodas .....	37
4.7. Veículos .....	39
4.8. Produtos de Apoio para Transferência e Mudança de Posição .....	39
4.9. Produtos de Apoio para a Elevação .....	41
4.10. Produtos de Apoio para Orientação .....	42
<b>5. PRODUTOS DE APOIO PARA ATIVIDADES DOMÉSTICAS .....</b>	<b>43</b>
5.1. Produtos de Apoio para Preparação de Comida e Bebidas .....	43
5.2. Produtos de Apoio para Beber e Comer .....	43
<b>6. MOBILIÁRIO E ADAPTAÇÕES PARA HABITAÇÃO E OUTROS EDIFÍCIOS .....</b>	<b>46</b>
6.1. Equipamento de Iluminação .....	46
6.2. Mobiliário para Sentar .....	46
6.3. Camas .....	47
6.4. Dispositivos para Suporte .....	48
6.5. Produtos de Apoio Para Acessibilidade Vertical .....	48
6.6. Equipamento de Segurança na Habitação e Noutros Edifícios .....	50
<b>7. PRODUTOS DE APOIO PARA COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO .....</b>	<b>51</b>
7.1. Produtos de Apoio para Ver .....	51
7.2. Produtos de Apoio para Ouvir .....	52
7.3. Produtos de Apoio para Produção de Voz .....	53

7.4. Produtos de Apoio para o Desenho e Escrita .....	53
7.5. Produtos de Apoio para Cálculo .....	55
7.6. Produtos de Apoio para Tratamento da Informação áudio, imagem e vídeo .....	56
7.7. Produtos de Apoio para comunicação face-a-face .....	56
7.8. Produtos de apoio para telefonar (e mensagens telemáticas) .....	57
7.9. Produtos de apoio para alarme, indicação e sinalização .....	57
7.10. Produtos de apoio para leitura .....	59
7.11. Computadores e periféricos .....	60
7.12. Dispositivos de entrada para computadores .....	61
7.13. Dispositivos de saída para computadores .....	62
 8. PRODUTOS DE APOIO PARA MANUSEAR OBJETOS E DISPOSITIVOS .....	63
8.1. Produtos de apoio para manusear recipientes .....	63
8.2. Produtos de apoio para assistir e/ou substituir a função do braço, e/ou mão, e/ou dedos .....	63
8.3. Produtos de Apoio para Alcançar à distância .....	65
8.4. Produtos de Apoio para Fixação .....	66
 9. PRODUTOS DE APOIO PARA MELHORAR O AMBIENTE, FERRAMENTAS E MÁQUINAS .....	67
9.1. Instrumentos de Medida .....	67
 10. PRODUTOS DE APOIO PARA ATIVIDADES RECREATIVAS .....	68
10.1. Equipamento, ferramentas e materiais para trabalhos manuais .....	68
 11. BIBLIOGRAFIA .....	70

## INTRODUÇÃO

Este manual pretende ser um guia orientador para os profissionais de saúde, que durante o ensino à pessoa, família/cuidador abordam a necessidade da utilização de um produto de apoio. Esses são definidos como dispositivos, equipamentos ou sistemas técnicos de produção especializada ou disponível no mercado destinados a prevenir, compensar, atenuar ou neutralizar limitações na atividade ou restrições na participação (*International Organization for Standardization*, 2015). Os mesmos devem ser adequados à realidade da pessoa e referenciados pelo EEER sempre que se preveja a sua utilização no domicílio. Conforme refere Menoita et al. (2012, p. 117), tratam-se de “meios indispensáveis ao bem-estar, autonomia, integração e qualidade de vida da pessoa, de modo a permitir uma atividade mais independente (...) com menor esforço, dor e menor dispêndio de energia”.

Existe uma panóplia de produtos de apoio, nomeadamente: equipamentos para higiene, vestir e despir, alimentação, comunicação, adaptações para carros, entre outros, podendo melhorar o dia-a-dia da pessoa desde as atividades mais básicas até aquelas mais complexas.

O termo “produtos de apoio” substitui o de “ajudas técnicas” no contexto da nomenclatura utilizada na Norma ISO 9999:2007. A seguinte lista identifica aqueles que carecem de prescrição médica obrigatória bem como as que são prescritas por equipa técnica multidisciplinar. A lista homologada dos mesmos, consta no Despacho N°7197/2016, publicado na 2ª série do Diário da República de 1 de Junho de 2016, de acordo com a norma ISO 9999.

Este trabalho foi elaborado em campo de estágio, a pedido da equipa de enfermagem, após se verificar a necessidade de um manual que facilitasse os profissionais de saúde e o doente/família/cuidador na escolha do produto de apoio mais adequado para si.

## 1. PRODUTOS DE APOIO PARA TRATAMENTO CLÍNICO INDIVIDUAL (ISO: 04)

Inclui os produtos destinados a melhorar, controlar ou manter o estado de saúde de uma pessoa. Excluídos estão os produtos auxiliares utilizados exclusivamente por profissionais de saúde.

### 1.1. Produtos de Apoio para Terapia Respiratória (ISO: 04 03)

Inclui equipamentos para ajudar a pessoa a respirar.

 <p>ISO: 04 03 03</p>	<p><b>Pré-aquecedores do Ar Inalado</b></p> <p>Nebuliza praticamente todos os medicamentos.</p>
 <p>ISO: 04 03 06</p>	<p><b>Equipamentos de Inalação</b></p> <p>Dispositivos para ajudar a pessoa a inalar ou administrar medicamentos na forma de vapor, gás, <i>spray</i> líquido ou pó fino.</p>
 <p>ISO: 04 03 12</p>	<p><b>Respiradores</b></p> <p>Dispositivos para fornecer ventilação artificial através do nariz, boca ou por uma traqueostomia, para a pessoa que apresenta dificuldades respiratórias.</p>

 <p>ISO: 04 03 08</p>	<p><b>Unidades de Oxigênio</b></p> <p>Dispositivos que fornecem gás de oxigênio concentrado, que é inspirado através do nariz e da boca.</p>
 <p>ISO: 04 03 21</p>	<p><b>Aspiradores</b></p> <p>Dispositivos para aspirar secreções e substâncias para fora dos pulmões ou cavidade oral.</p>
 <p><i>Treshold IMT</i>      <i>Acapella</i></p> <p>ISO: 04 03 27</p>	<p><b>Equipamento para Treino dos Músculos Respiratórios</b></p> <p>Dispositivos para treinar os músculos respiratórios através da aplicação de resistência.</p>
 <p><i>Peak Flow Meter</i></p> <p>ISO: 04 03 30</p>	<p><b>Instrumentos para Medir a Função Respiratória</b></p> <p>Instrumentos para medir o volume de ar inspirado e expirado.</p>

### 1.2. Produtos de Apoio para Terapia Circulatória (ISO: 04 06)


Equipamento para auxiliar a circulação por compressão passiva ou ativa.

 <p>ISO: 04 06 03</p>	<p><b>Vestuário de Compressão com ar Comprimido</b></p> <p>Equipamento que se coloca à volta da área afetada, que produz ondas de compressão, ajudando na circulação e evitando o edema.</p>
 <p>ISO: 04 06 06</p>	<p><b>Meias Anti-edema para Braços, Pernas e outras Partes do Corpo</b></p> <p>A malha de compressão melhora a circulação sanguínea e acelera a regressão de hematomas e edemas. O pé elástico sem costura reforça o apoio muscular.</p>

### 1.3. Equipamento e materiais para testes físicos, fisiológicos e bioquímicos (ISO: 04 24)

 <p>ISO: 04 24 09</p>	<p><b>Aparelhos de Medição da Tensão Arterial</b> (esfigmomanómetro)</p>
 <p>ISO: 04 24 12</p>	<p><b>Materiais para Análise de Sangue</b></p>

#### 1.4. Estimuladores (ISO: 04 27)

 <p>ISO: 04 27 06</p>	<p><b>Estimuladores para Alívio da Dor</b></p> <p>Equipamento que altera a sensibilidade dos nervos e, assim, reduz a sensação de dor física.</p>
--	---

#### 1.5. Produtos de Apoio Para Prevenir Úlceras Por Pressão (ISO: 04 33)

 <p>Pele anti-escaras      Proteção de calcanhar</p> <p>ISO: 04 33 03</p>	<p><b>Almofadas para Sentar e Materiais de Proteção para Prevenir a Integridade do Tecido</b></p> <p>Dispositivos para a integridade do tecido através da redistribuição da carga no corpo.</p>
 <p>ISO: 04 33 06</p>	<p><b>Colchões e Coberturas de Colchões para Prevenir Úlceras por Pressão</b></p> <p>Produtos destinados para redistribuir a carga nas partes vulneráveis do corpo durante longos períodos na posição de deitado, evitando/minimizando feridas e úlceras de decúbito.</p>

## 1.6. Equipamento para Treino de Movimento, Força e Equilíbrio (ISO: 04 48)

 <p>ISO: 04 48 08</p>	<p><b>Estabilizadores e Suportes para Posição de Pé (<i>Standing Frame</i>)</b></p> <p>Equipamentos fixos que proporcionam apoio à pessoa para manter uma posição vertical.</p>
--	---



## 2. ORTÓTESES E PRÓTESES (ISO: 06)

As ortóteses são dispositivos que se aplicam externamente para modificar as características estruturais e funcionais dos sistemas neuromusculares e esqueléticos. As próteses são aplicadas externamente e são dispositivos utilizados para substituir, na totalidade ou em parte, um segmento de corpo ausente ou deficiente.

### 2.1. Ortóteses para a Coluna (ISO: 06 03)


Ortóteses que são projetadas para modificar as características estruturais e funcionais do sistema neuromuscular e o sistema esquelético da coluna vertebral e do crânio.

  ISO: 06 03 03	<b>Ortóteses Sacro-Iliacas (pélvicas)</b>  Ortóteses que abrangem toda ou parte da região sacro-ilíaca.
  ISO: 06 03 06	<b>Ortóteses Lombo-Sagradas</b>  Mediante a placa lombar e a placa abdominal, é produzida compressão e a tensão sobre os discos e ligamentos induzem à correção da hiperlordose.
  ISO: 06 03 08	<b>Ortóteses Tóraco-Lombares</b>  Ortóteses que abrangem a totalidade ou parte das regiões torácica e lombar.

 <p><b>ISO: 06 03 09</b></p>	<p><b>Ortóteses Tóraco-Lombo-Sagradas</b></p> <p>Órteses que abrangem a totalidade ou parte das regiões torácica, lombar e sacro-ilíaca.</p>
 <p><b>ISO: 06 03 12</b></p>	<p><b>Ortóteses Cervicais</b></p> <p>Ortóteses que abrangem a totalidade ou parte da região cervical.</p> <p>Para estabilização da coluna vertebral.</p>
 <p><b>ISO: 06 03 15</b></p>	<p><b>Ortóteses Cervico-Torácicas</b></p> <p>Ortóteses que abrangem as regiões cervical e torácica.</p>

## 2.2. Ortóteses para o Membro Superior (ISO: 06 06)

Ortóteses que são projetadas para modificar as características estruturais e funcionais do sistema neuromuscular e o sistema esquelético dos membros superiores.

 <p><b>ISO: 06 06 03</b></p>	<p><b>Ortóteses para Dedos</b></p> <p>Ortóteses que abrangem a totalidade ou parte de um dedo.</p>
---	--

 <p>ISO: 06 06 12</p>	<p><b>Ortóteses para Punho e Mão</b></p> <p>Ortóteses que abrangem a articulação do punho e a totalidade ou parte da mão.</p>
 <p>ISO: 06 06 15</p>	<p><b>Ortóteses para Cotovelo</b></p> <p>Ortóteses que envolvem a articulação do cotovelo.</p>
 <p>ISO: 06 03 19</p>	<p><b>Ortóteses para Cotovelo, Punho e Mão</b></p> <p>Ortóteses que abrangem as articulações do cotovelo e punho e a totalidade ou parte da mão.</p>
 <p>ISO: 06 06 21</p>	<p><b>Ortóteses para Ombro</b></p> <p>Ortóteses que envolvem a articulação do ombro.</p> <p>Indicado em subluxações da articulação escapulo-umeral ou processos dolorosos de longa duração.</p>

 <p>ISO: 06 06 24</p>	<p><b>Ortóteses para Ombro e Cotovelo</b></p> <p>Ortóteses que abrangem as articulações do ombro e cotovelo.</p> <p>Utilizado na imobilização da articulação do ombro no caso de luxações ou fracturas.</p>
 <p>ISO: 06 06 30</p>	<p><b>Ortóteses para ombro, cotovelo, punho e mão</b></p> <p>Ortóteses que abrangem as articulações do ombro, cotovelo, punho e a totalidade ou parte da mão.</p>
 <p>ISO: 06 06 33</p>	<p><b>Articulações do Punho</b></p> <p>Articulações ortopédicas, utilizadas como componentes do membro superior para permitir controlar o movimento da articulação do punho.</p>
 <p>ISO: 06 06 36</p>	<p><b>Articulações do Cotovelo</b></p> <p>Articulações ortopédicas, utilizadas como componentes do membro superior para permitir controlar o movimento da articulação do cotovelo.</p>

### 2.3. Sistema de Ortóteses para o Membro Inferior (ISO: 06 12)

As ortóteses destinadas a modificar as características estruturais e funcionais do sistema músculo-esquelético do membro inferior.

 <p>ISO: 06 12 03</p>	<p><b>Ortóteses para Pé</b></p> <p>Ortóteses que abrangem a totalidade ou parte do pé, incluem-se, por exemplo, palmilhas, almofadas, palmilhas ortopédicas, almofadas de salto, entre outros.</p>
 <p>ISO: 06 12 06</p>	<p><b>Ortóteses para Pé e Tornozelo</b></p> <p>As ortóteses que englobam a articulação do tornozelo e a totalidade ou uma parte do pé.</p>
	<p><b>Ortóteses para Joelho</b></p> <p>Ortóteses que envolvem a articulação do joelho. A Tala de Barbas consiste num sistema de ajuste de três painéis e bandas de ajuste que permitem uma melhor adaptação às diferentes anatomias. Imobiliza o joelho a 0° (total extensão). Está indicado no tratamento pós e pré-operatório do joelho, imobilização pós-lesão ou fraturas em processo de reabilitação.</p>

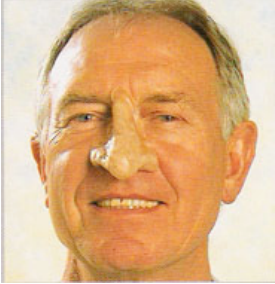


 <p><i>Tala de Barbas</i></p> <p>ISO: 06 12 09</p>	
 <p>ISO: 06 12 12</p>	<p><b>Ortóteses para joelho, tornozelo e pé</b></p> <p>Ortóteses que envolvem articulações do joelho, do tornozelo e do pé.</p>
 <p>ISO: 06 12 18</p>	<p><b>Ortóteses para anca, joelho, tornozelo e pé</b></p> <p>Ortóteses que abrangem o quadril, joelho, articulações do tornozelo e do pé.</p>

#### **2.4. Outras Próteses Excluindo as Próteses dos Membros (ISO: 06 30)**

Dispositivos utilizados para substituir totalmente ou parcialmente a função de um segmento do corpo ausente, excepto membros superiores e inferiores.


 <p>ISO: 06 30 03</p>	<p><b>Cabeleiras</b></p> <p>Dispositivo que substitui todo o cabelo de uma pessoa.</p>
 <p>ISO: 06 30 18</p>	<p><b>Próteses Mamárias</b></p> <p>Dispositivos que reproduzem a aparência da totalidade ou de parte da mama.</p>
 <p>ISO: 06 30 21</p>	<p><b>Próteses Oculares</b></p> <p>Dispositivos que reproduzem a aparência do olho.</p>
 <p>ISO: 06 30 24</p>	<p><b>Próteses das Orelhas</b></p> <p>Dispositivos que reproduzem a aparência das orelhas.</p>



 <p>ISO: 06 30 27</p>	<p><b>Próteses do Nariz</b></p> <p>Dispositivos que reproduzem a aparência do nariz.</p>
 <p>ISO: 06 30 33</p>	<p><b>Próteses do Palato</b></p> <p>Aparelho removível, cuja função é atuar dinamicamente e funcionalmente com a faringe, no controlo do fluxo de ar oro-nasal.</p>
 <p>ISO: 06 30 36</p>	<p><b>Dentaduras</b></p> <p>Dispositivos que reproduzem a aparência e função dos dentes.</p>

## 2.5. Calçado Ortopédico (ISO: 06 33)

Calçado destinado a compensar ou tratar as funções ou estruturas prejudicadas do corpo, nomeadamente, da perna de uma pessoa, tornozelo ou pé.

 <p>ISO: 06 33 06</p>	<p><b>Calçado Ortopédico Feito por Medida</b></p> <p>Podem apresentar diversas características, tais como, caixa dos dedos extra-larga, zonas elásticas para acomodação de deformidades, materiais adequados para pé diabético, maior abertura para entrada do pé, entre outras.</p>
--	--



### 3. PRODUTOS DE APOIO PARA CUIDADOS PESSOAIS E PROTEÇÃO (ISO: 09)

Incluem-se, por exemplo, produtos de apoio para vestir e despir, proteção do corpo, higiene pessoal, traqueostomia, ostomia, cuidados de incontinência e atividades sexuais.

#### 3.1. Produtos de Apoio para Vestir e Despir (ISO: 09 09)

Equipamento para ajudar a colocar ou a retirar as roupas e sapatos.

    <p><b>ISO: 09 09 03</b></p>	<p><b>Produtos de apoio para calçar meias e <i>collants</i></b></p> <p>Dispositivos para ajudar a pessoa a colocar meias e collants.</p> <p>Útil para indivíduos com limitações da flexão do tronco e cujos membros superiores não podem aceder aos pés.</p>
--	--



*Calçadeira de Cabo Longo*

**ISO: 09 09 06**

### **Calçadeiras para Sapatos e Botas**

Dispositivos para ajudar uma pessoa a colocar e tirar calçado.

A calçadeira de cabo longo é um dispositivo que permite calçar os sapatos sem fazer flexão acentuada do tronco.



**ISO: 09 09 09**

### **Seguradores de Roupa**



Dispositivos para prender a roupa numa posição fixa enquanto a pessoa se veste.



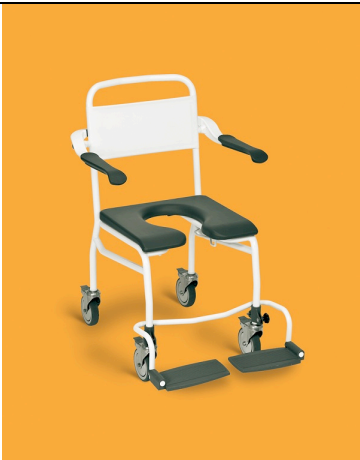
**ISO: 09 09 12**

### **Ganchos e Cabos para Vestir e Despir**

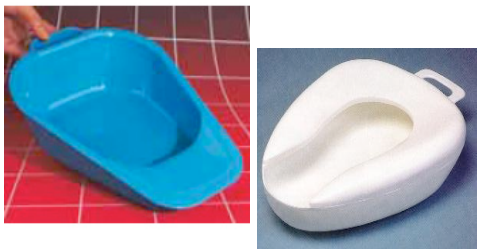
Dispositivo utilizado para auxiliar a pessoa a vestir. Possui um gancho na extremidade que substitui perfeitamente o movimento que o braço deve fazer durante esta tarefa.

 <p>ISO: 09 09 15</p>	<p><b>Puxadores de Fechos <i>Éclair</i></b></p> <p>Dispositivos para ajudar a pessoa a usar um fecho <i>éclair</i>.</p>
 <p>ISO: 09 09 18</p>	<p><b>Ganchos para Abotoar</b></p> <p>Produto de apoio que auxilia a abotoar botões. Indicado para pessoas com pouca mobilidade, destreza e fraqueza muscular ao nível das mãos.</p>

### 3.2. Produtos de Apoio para Higiene Pessoal (ISO: 09 12)

 <p>ISO: 09 12 03</p>	<p><b>Cadeiras Sanitárias</b></p> <p>Cadeiras, com ou sem rodas, (construídas com ou sem recipiente de colheita) utilizada para ir ao quarto de banho.</p>
--	--

 <p>ISO: 09 12 15</p>	<p><b>Assentos de sanita elevados (com fixação fácil)</b></p> <p>Assentos elevados da sanita colocados diretamente na bacia/cadeira da sanita, em que o assento pode ser facilmente removido da mesma (alteador de sanita).</p> <p>Indicado no pós-operatório de cirurgia à anca e/ou joelho, evitando que a pessoa faça tanta flexão destas articulações. Disponível com ou sem tampa. Se o alteador de sanita tiver braços, estes podem ser fixos ou rebatíveis.</p>
 <p>ISO: 09 12 24</p>	<p><b>Apoio de braço e/ou encosto montado na própria sanita</b></p> <p>Dispositivos montados na sanita que fornecem suporte para entrar ou sair da mesma.</p> <p>Funciona como um ponto de apoio estratégico para a movimentação do utilizador. As barras devem ser sempre colocadas na horizontal, pois na vertical há a tendência de a mão escorregar.</p>

 <p><b>ISO: 09 12 33</b></p>	<p><b>Arrastadeiras</b></p> <p>Objeto para recolha de resíduos corporais, permitindo que uma pessoa possa urinar e evacuar ao mesmo tempo, por exemplo, na cama.</p>
---	--


### 3.3. Produtos de Apoio para Traqueostomia (ISO: 09 15)

Dispositivos utilizados em conexão com a respiração através de uma abertura artificial na traqueia.

 <p><b>ISO: 09 15 03</b></p>	<p><b>Cânulas</b></p> <p>Tubos que são colocados numa abertura na traqueia de uma pessoa com uma traqueostomia que a permitem respirar.</p>
 <p><b>ISO: 09 15 06</b></p>	<p><b>Protetores de Estoma</b></p> <p>Dispositivos que permite fixar a traqueostomia.</p>

### 3.4. Produtos de Apoio para Ostomia (ISO: 09 18)

Dispositivos para a recolha de resíduos corporais através de uma abertura artificial.


 <p>ISO: 09 18 04</p>	<p><b>Saco de Ostomia sem Drenagem, com uma Peça</b></p> <p>Recipientes fechados flexíveis, que não podem ser esvaziados, para a recolha de resíduos corporais através de um estoma.</p>
 <p>ISO: 09 18 05</p>	<p><b>Sacos Fechados com mais de uma peça</b></p> <p>Sistemas de recolha de resíduos em que um componente está posicionado à volta do estoma, permitindo a sua fixação ou remoção de um saco fechado, enquanto o componente em si permanece na sua posição.</p>
 <p>ISO: 09 18 07</p>	<p><b>Sacos com abertura, com uma peça, com válvula antirrefluxo</b></p> <p>Sistemas de recolha de resíduos com ou sem rebordo.</p>

 <p><b>ISO: 09 18 08</b></p>	<p><b>Sacos com abertura, com mais do que uma peça, com válvula antirrefluxo</b></p> <p>Sistemas de recolha de resíduos constituído por uma peça à volta do estoma e por um saco de recolha de resíduos. O saco pode ser trocado, enquanto a peça fixa ao estoma permanece na sua posição.</p>
 <p><b>ISO: 09 18 09</b></p>	<p><b>Ligaduras de Pressão</b></p> <p>Produtos que se aplicam imprimindo alguma pressão e apoiam o saco que recolhe resíduos corporais através de um estoma.</p>
 <p><b>ISO: 09 18 13</b></p>	<p><b>Chapas e Cintos de Pressão</b></p> <p>Dispositivos aplicados em torno de um saco para garantir a posição correta do produto de apoio para os cuidados de ostomia.</p>
 <p><b>ISO: 09 18 14</b></p>	<p><b>Placas Adesivas</b></p> <p>Produtos utilizados para fixar material de ostomia ao corpo.</p>






 <p>ISO: 09 18 18</p>	<p><b>Absorventes de Cheiros e Desodorizantes</b></p> <p>Dispositivos e materiais que absorvem odores indesejados ou emitem fragrância, utilizados para o cuidado de ostomia.</p>
 <p>ISO: 09 18 24</p>	<p><b>Material de Irrigação Intestinal</b></p> <p>Incluem-se, por exemplo, produtos para limpar o intestino.</p>
 <p>ISO: 09 18 30</p>	<p><b>Protetor de Estoma</b></p> <p>Dispositivos que protegem a abertura ou orifício através do qual os resíduos corporais são drenados a partir do intestino.</p>
 <p>ISO: 09 18 39</p>	<p><b>Sacos com Abertura, de Peça Única</b></p> <p>Recipiente flexível para a recolha de resíduos corporais, com uma abertura para esvaziamento do saco.</p>





 <p>ISO: 09 18 42</p>	<p><b>Sacos com Cobertura, com mais de uma Peça</b></p> <p>Sistema de recolha de resíduos corporais em que a peça está colocada a volta do estoma, permitindo a fixação/remoção de um saco aberto, enquanto a peça permanece na sua posição.</p>
--	--

### 3.5. Produtos de Drenagem de Urina (ISO: 09 24)

 <p>ISO: 09 24 03</p>	<p><b>Algália com Balão</b></p> <p>Dispositivos inseridos na uretra para permitir o escoamento de urina ou lavagem da bexiga.</p>
 <p>ISO: 09 24 06</p>	<p><b>Algália de Drenagem</b> (sonda de esvaziamento vesical)</p> <p>Dispositivos descartáveis inseridos na uretra para permitir o escoamento único e lavagem da bexiga.</p>

 <p><b>ISO: 09 24 09</b></p>	<p><b>Dispositivo Urinário para Homem</b></p> <p>Dispositivo que se encaixa ao longo do pênis, através da qual a urina é drenada através do tubo de saída, podendo ser ligado aos sacos de recolha de urina.</p>
---	--

### 3.6. Produtos Coletores de Urina (ISO: 09 27)

 <p><b>ISO: 09 27 05</b></p>	<p><b>Sacos Coletores de Urina, com Abertura</b></p> <p>Recipientes flexíveis para a recolha de urina com uma abertura para a drenagem do conteúdo.</p>
 <p><b>ISO: 09 27 09</b></p>	<p><b>Urinóis e garrafas de urina, não aplicados no corpo</b></p>

### 3.7. Produtos de Apoio para Absorção de Urina e Fezes (ISO: 09 30)

Dispositivos utilizados para a absorção de descarga de urina da bexiga e da matéria fecal a partir do recto.

 <p>ISO: 09 30 04</p>	<p><b>Produtos de Apoio Aplicados no Corpo para Absorção de Urina e Fezes</b></p>
---	---

### 3.8. Produtos de Apoio para Lavagem, Banho e Duche (ISO: 09 33)

<div data-bbox="462 470 711 707"></div> <div data-bbox="481 725 694 757"><p>Tábua de Banheira</p></div> <div data-bbox="360 775 585 999"></div> <div data-bbox="376 1010 569 1039"><p>Cadeira Giratória</p></div> <div data-bbox="632 775 791 999"></div> <div data-bbox="614 1010 798 1039"><p>Banco Redondo</p></div> <div data-bbox="462 1052 711 1301"></div> <div data-bbox="422 1312 751 1344"><p>Banco Rebatível para Poliban</p></div> <div data-bbox="336 1435 496 1464"><p>ISO: 09 33 03</p></div>	<p><b>Cadeira de Banho/ Duche (com ou sem rodas), Tábuas de Banho, Bancos, Encostos e Assentos.</b></p> <p><u>Tábua de Banheira</u> - Em PVC, tamanho universal. Dispõe de quatro pontos de ajuste reguláveis para a sua fixação. Não necessita de ferramentas. Peso máximo do utilizador: 150 Kg.</p> <p><u>Cadeira Giratória</u> - Tamanho universal. A alavanca permite que a cadeira gire 360°.</p> <p><u>Banco Redondo</u> - Regulável em altura. As suas reduzidas dimensões permitem a sua utilização na banheira e <i>poliban</i>. Peso máximo do utilizador: 120Kg.</p> <p><u>Banco Rebatível para Poliban</u> - Com fixação à parede por meio de parafusos. A qualquer momento se pode rebater, ocupando o mínimo espaço. Peso máximo utilizador: 114Kg.</p>
<div data-bbox="408 1563 767 1856"></div> <div data-bbox="336 1865 496 1895"><p>ISO: 09 33 21</p></div>	<p><b>Lava Cabeças Insuflável</b></p>

### 3.9. Produtos de Apoio para Medição das Propriedades Físicas e Fisiológicas Humanas (ISO: 09 48)



 <p>ISO: 09 48 03</p>	<p><b>Termómetro Corporal</b></p> <p>Aparelho utilizado para avaliar a temperatura ou variações de temperatura, em situações patológicas.</p>
 <p>ISO: 09 48 08</p>	<p><b>Balanças para Pessoas</b></p> <p>Aparelho utilizado para precisão do peso corporal.</p>

## 4. PRODUTOS DE APOIO PARA MOBILIDADE PESSOAL (ISO: 12)

### 4.1. Produtos de Apoio para marcha, manejados por um braço (ISO: 12 03)

Dispositivos que suportam o utilizador ao andar.

 <p>ISO: 12 03 03</p>	<p><b>Bengalas</b></p> <p>Dispositivos de apoio para a marcha que tem um aperto de mão sem apoio de antebraço, um único eixo, e uma ponta (ponteira).</p>
 <p>ISO: 12 03 06</p>	<p><b>Canadianas</b></p> <p>Dispositivos de apoio para caminhar que têm um suporte semi-circular para o cotovelo, um aperto de mão horizontal, um único eixo, e uma ponta (ponteira).</p>
 <p>ISO: 12 03 09</p>	<p><b>Canadianas com Suporte para o Antebraço</b></p> <p>Dispositivos de apoio para a marcha que têm um suporte semi-circular para o antebraço, um aperto de mão horizontal, um único eixo, e uma ponta (ponteira).</p>

 <p>ISO: 12 03 12</p>	<p><b>Muletas Axilares</b></p> <p>Os dispositivos de apoio com um suporte almofadado horizontal, colocado na região axilar, um punho horizontal, e um ou mais eixos verticais que terminam numa ponta (ponteira).</p>
 <p>ISO: 12 03 16</p>	<p><b>Auxiliares de Marcha com Três ou Mais Pernas</b></p> <p>Dispositivos de apoio na marcha que têm um aperto de mão, sem apoio de antebraço e um único eixo que se ramifica em três ou mais eixos de cada um dos quais termina em uma ponta (ponteira).</p>


#### 4.2. Produtos de Apoio para a Marcha, Manipulados pelos Dois Braços (ISO: 12 06)

Dispositivos que suportam a pessoa ao caminhar, manipulado por ambos os braços ou pela parte superior do corpo.

 <p>ISO: 12 06 03</p>	<p><b>Andarilhos Sem Rodas</b></p> <p>Ajudam a pessoa a manter a estabilidade e equilíbrio ao caminhar ou em pé.</p> <p>Existem vários tipos de andarilhos, devendo ser escolhidos de acordo com as limitações da marcha do utilizador.</p>
--	---

 <p>ISO: 12 06 06</p>	<p><b>Andarilhos Com Rodas</b></p> <p>Andarilhos que ajudam a pessoas a manter a estabilidade e o equilíbrio ao caminhar, apresentando aperto de mão e três ou mais rodas, como, por exemplo, andarilhos com um lugar para descanso.</p>
 <p>ISO: 12 06 12</p>	<p><b>Andarilhos Especiais</b></p> <p>Dispositivos com rodas, uma mesa de suporte ou apoio do antebraço, empurrado para a frente pelos membros superiores, possivelmente em combinação com a parte superior do corpo.</p>

#### 4.3. Carros (ISO: 12 10)

 <p>ISO: 12 10 06</p>	<p><b>Carros de Baixa Velocidade</b></p> <p>Veículos motorizados com uma velocidade máxima limitada para utilização em vias públicas, utilizados em alguns países para permitir que uma pessoa possa conduzir sem carta de condução.</p>
--	--



#### 4.4. Cadeiras de Rodas Manuais (ISO: 12 22)

Dispositivos que proporcionam mobilidade com rodas e suporte do corpo para pessoas com capacidade limitada para andar, que dependem de um ocupante ou um assistente para fornecer energia para a operação.

 <p>ISO: 12 22 03</p>	<p><b>Cadeira de Rodas Manobradas Bimanualmente</b></p> <p>Cadeiras de rodas concebidas para serem impulsionadas pelo ocupante.</p>
 <p>ISO: 12 22 09</p>	<p><b>Cadeiras de Rodas Manobradas Unilateralmente</b></p> <p>Permite autonomia ao utilizador com hemiplegia ou com um fraco desenvolvimento muscular. Move-se com um simples movimento de rotação da alavanca de condução. Alavanca com punho ergonómico e regulável em altura. Apoio de braços rebatíveis, destacáveis e reguláveis em altura. Apoio de pernas rebatíveis.</p>
 <p>ISO: 12 22 12</p>	<p><b>Cadeira de Rodas Manuais com Apoio de Motor Elétrico</b></p>

 <p>ISO: 12 22 15</p>	<p><b>Cadeira de Rodas com Propulsão pelos Pés</b></p> <p>Cadeiras de rodas concebidos para serem impulsionados pelo ocupante usando apenas os pés.</p>
 <p>ISO: 12 22 18</p>	<p><b>Cadeiras de Rodas Controladas pelo Acompanhante</b></p> <p>Cadeiras de rodas concebidas para serem movidas e dirigidas por um assistente, empurrando com as duas mãos nas manobras da cadeira.</p> <p>Basculação e reclinção reguláveis. Assento ajustável em largura, altura e profundidade.</p>

#### 4.5. Cadeiras de Rodas Motorizadas (ISO: 12 23)

 <p>ISO: 12 23 03</p>	<p><b>Cadeiras de Rodas Elétricas com Comando de Direção Manual</b></p> <p>Cadeiras de rodas movidas a eletricidade, com controlo de direção alterando mecanicamente a orientação da roda pivô.</p>
--	---

 <p>ISO: 12 23 06</p>	<p><b>Cadeira de Rodas Elétrica com Comando de Direção</b></p> <p>Cadeiras de rodas movidas a eletricidade, com controlo de direção pelo próprio utilizador.</p>
--	--

#### 4.6. Acessórios para Cadeiras de Rodas (ISO: 12 24)

 <p>ISO: 12 24 03</p>	<p><b>Sistemas de Direção e Controlo</b></p>
 <p>ISO: 12 24 09</p>	<p><b>Sistemas de Propulsão</b></p> <p>Dispositivo que é adicionado a uma cadeira de rodas manual para auxiliar o utilizador a movê-la.</p>
 <p>ISO: 12 24 12</p>	<p><b>Luzes</b></p> <p>Dispositivos que podem ser fixos à cadeira de rodas para iluminar o ambiente ou para marcar a sua posição.</p>

 <p><b>ISO: 12 24 15</b></p>	<p><b>Tabuleiros</b></p>
 <p><b>ISO: 12 24 18</b></p>	<p><b>Travões</b></p> <p>Dispositivo para travar a cadeira de rodas.</p>
 <p><b>ISO: 12 24 21</b></p>	<p><b>Rodas e Pneus</b></p>
 <p><b>ISO: 12 24 24</b></p>	<p><b>Baterias e Carregadores</b></p> <p>Dispositivo que fornece energia à cadeira de rodas.</p>
 <p><b>ISO: 12 24 30</b></p>	<p><b>Sistema de Estabilização do ocupante na Cadeira de Rodas</b></p> <p>Dispositivo utilizado para evitar que o ocupante da cadeira de rodas deslize ou caia da mesma.</p>

 <p>ISO: 12 24 33</p>	<p><b>Chapéus de Chuva e Respetivos</b>  <b>Meios de Fixação à Cadeira de Rodas</b></p>
--	---

#### 4.7. Veículos (ISO: 12 27)

 <p>ISO: 12 27 15</p>	<p><b>Gatinhadores e Pranchas Rolantes</b></p> <p>Dispositivos com rodas em que uma pessoa se move, empurrando o chão com os braços ou pernas.</p>
---	--

#### 4.8. Produtos de Apoio para Transferência e Mudança de Posição (ISO: 12 31)

 <p>ISO: 12 31 03</p>	<p><b>Tábuas, Colchões e Lençóis de Transferência</b></p> <p>A tábua de transferência é um estrutura que estabelece a ponte entre duas superfícies e que permite o utente deslizar de um lado para o outro. Podem ser de madeira ou plástico. A forma, largura e comprimento variam de acordo com o objetivo de utilização.</p>
--	---



**ISO: 12 31 06**

### **Placas Rotativas**

Facilita a rotação da pessoa em situações de transferência como cama/cadeira, cadeira/automóvel e outras situações similares.




**ISO: 12 31 09**

### **Barras para a Auto-elevação**


Dispositivos para apoiar uma pessoa a passar de uma posição sentada ou deitada (por exemplo, a partir de uma cama ou cadeira) para de pé.

 <p>ISO: 12 31 12</p>	<p><b>Escadas de Corda para Cama</b></p> <p>Dispositivos que se fixam numa das extremidades da cama para ajudar a pessoa a mudar de posição ou auxiliar no levantar.</p>
 <p>ISO: 12 31 15</p>	<p><b>Cintos para Elevação e Arneses</b></p> <p>Fornece uma extensão extra para os braços do terapeuta ou do cuidador. Auxilia nas tarefas diárias com pessoas dependentes.</p> <p>Confortável, segura e eficiente, evitando elevado esforço. Garante uma utilização segura, eficaz e duradoura.</p>

#### 4.9. Produtos de Apoio para a Elevação (ISO: 12 36)

 <p>ISO: 12 36 03</p>	<p><b>Gruas de Elevação com Fundas</b></p> <p>Oferece alto nível de conforto para todos os utilizadores. Cobre todas as necessidades para um manuseamento seguro da pessoa e suporta até 200 kg.</p>
--	--




 <p>ISO: 12 36 21</p>	<p><b>Unidades de suporte da pessoa para gruas</b></p> <p>Oferece uma liberdade total de movimentos para o utilizador mesmo quando este se encontra na posição mais elevada, proporcionando assim uma transferência muito confortável.</p>
--	--

#### 4.10. Produtos de Apoio para Orientação (ISO: 12 39)

 <p>ISO: 12 39 03</p>	<p><b>Bengalas Tácteis (brancas)</b></p> <p>Os dispositivos de navegação ou de identificação do ambiente utilizadas por uma pessoa com deficiência visual.</p>
 <p>ISO: 12 39 09</p>	<p><b>Produtos apoio para navegação acústica</b></p> <p>Dispositivos de orientação que produzem um som ou uma mensagem para orientar uma pessoa com deficiência visual.</p>




 <p>ISO: 12 39 18</p>	<p><b>Materiais de Orientação Táctil</b></p> <p>Materiais destinados a fornecer informações sobre a orientação pelo toque; incluem-se, por exemplo, superfícies estruturadas.</p>
--	---

## 5. PRODUTOS DE APOIO PARA ATIVIDADES DOMÉSTICAS (ISO: 15)




### 5.1. Produtos de Apoio para Preparação de Comida e Bebidas (ISO: 15 03)

 <p>ISO: 15 03 03</p>	<p><b>Produtos de Apoio para Pesar e Medir</b></p> <p>Incluem-se, por exemplo, balanças de cozinha, medição de colheres e copos, termómetros de carne, divisores de manteiga, temporizadores e indicadores do nível de líquido.</p>
 <p>ISO: 15 03 06</p>	<p><b>Produtos de Apoio para Cortar, Picar e Separar</b></p> <p>Incluem-se, por exemplo, máquinas de cortar, facas, tábuas de corte, máquinas de cortar queijo, divisores ou cortadores de ovos, cebola, raladores.</p>

 <p>ISO: 15 03 09</p>	<p><b>Produtos de Apoio para Limpar e Descascar</b></p> <p>Incluem-se, por exemplo, escovas de batata, descascadores de batata (manual e elétrica), os titulares de batata e facas de perfuração.</p>
--	---

## 5.2. Produtos de Apoio para Beber e Comer (ISO: 15 09)

 <p>ISO: 15 09 13</p>	<p><b>Talheres, Pauzinhos e Palhinhas</b></p> <p>Os talheres com cabo grosso, com superfície anti-deslizante, são indicados para pessoas com dificuldade na preensão.</p>
 <p>Copo de alimentação</p> <p>ISO: 15 09 16</p>	<p><b>Canecas e Copos, Chávenas e Pires</b></p> <p>O copo de alimentação permite beber sem levantar a cabeça.</p>

 <p>ISO: 15 09 18</p>	<p><b>Pratos e Taças</b></p>
 <p>ISO: 15 09 21</p>	<p><b>Rebordo de Prato e Molas para o Prato</b></p> <p>Facilita o uso de garfo ou da colher; evita que a comida saia do prato depois de encaixado; muito extensível e prático de usar; lavável na máquina de lavar.</p>
 <p>ISO: 15 09 30</p>	<p><b>Sondas</b></p>

## 6. MOBILIÁRIO E ADAPTAÇÕES PARA HABITAÇÃO E OUTROS EDIFÍCIOS (ISO: 18)

### 6.1. Equipamento de Iluminação (ISO: 18 06)



ISO: 15 06 06

#### **Iluminação para Leitura e Trabalho**

Luzes para iluminar uma área específica, a fim de facilitar uma determinada atividade.

### 6.2. Mobiliário para Sentar (ISO: 18 09)



ISO: 18 09 06

#### **Bancos ou Cadeiras de Apoio à Posição de Pé**

Assentos com uma ou mais pernas que não têm uma volta ou apoios de braço, cadeiras que fornecem suporte para uma pessoa permanecer em pé ou quase em pé.

### 6.3. Camas (ISO: 18 12)

 <p>ISO: 18 12 07</p>	<p><b>Camas com ajuste manual à posição do corpo e cabeceiras e estrados para o colchão, destacáveis</b></p>
 <p>ISO: 18 12 10</p>	<p><b>Camas com ajuste motorizado à posição do corpo, cabeceiras e estrados para o colchão, destacáveis</b></p>
	<p><b>Guardas laterais e barras para levantar, fixadas na cama</b></p>

ISO: 18 12 27

#### 6.4. Dispositivos para Suporte (ISO: 18 18)



ISO: 18 18 03

#### Corrimões e Barras de Apoio

#### 6.5. Produtos de Apoio Para Acessibilidade Vertical (ISO: 18 30)



ISO: 18 30 06

#### Plataformas Elevatórias e Elevadores para cadeira de Rodas



ISO: 18 30 10

### **Elevadores com um Assento**

Dispositivos de elevação que tem um assento ligado a uma ou mais calhas, de acordo com ângulo da escada.



ISO: 18 30 12

### **Trepadores de Escadas**

Dispositivo com ou sem cadeira de rodas integrada, ideal para pessoas idosas ou com alguma incapacidade, subirem escadas.



### **Rampas Fixas**

Permitem ao utilizador de cadeira de rodas a transposição de obstáculos de diversas alturas.



 <p>ISO: 18 30 18</p>	
--	--

## 6.6. Equipamento de Segurança na Habitação e Noutros Edifícios (ISO: 18 33)

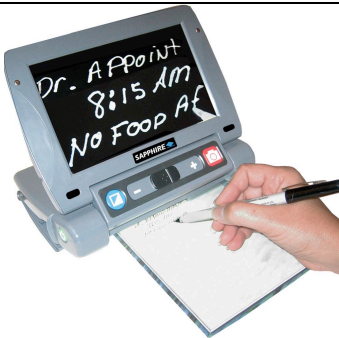
  <p>ISO: 18 33 03</p>	<p><b>Materiais Anti-derrapantes para chão e Escadas</b></p> <p>Superfícies materiais que minimizam o risco de escorregar. Incluem-se, por exemplo, tapetes antiderrapantes e azulejos antiderrapantes;</p>
--	---



## 7. PRODUTOS DE APOIO PARA COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO (ISO: 22)

Dispositivos para ajudar a pessoa a receber, enviar, produzir e processar informação. Incluem-se, por exemplo, dispositivos para ver, ouvir, ler, escrever, telefonar, sinalização/alarme e tecnologia de informação.

### 7.1. Produtos de Apoio para Ver (ISO: 22 03)



 <p>ISO: 22 03 09</p>	<p><b>Óculos, Lentes e Sistemas de Lentes para Ampliação</b></p> <p>Dispositivos para ampliar a imagem de um objeto. Incluem-se, por exemplo, as lentes com e sem iluminação.</p>
 <p>ISO: 22 03 15</p>	<p><b>Produtos de Apoio para Expandir e Direcionar o Ângulo da Visão</b></p> <p>Dispositivos para ampliar ou alterar o ângulo do campo visual. Incluem-se, por exemplo, óculos prismáticos.</p>
 <p>ISO: 22 03 18</p>	<p><b>Sistemas Vídeo de Ampliação de Imagem</b></p> <p>Dispositivos para exibir uma imagem ampliada que foi capturada por uma câmara de vídeo.</p>

## 7.2. Produtos de Apoio para Ouvir (ISO: 22 06)



 <p>ISO: 22 06 06</p>	<p><b>Ajudas para Ouvir usadas no Corpo</b></p> <p>Dispositivos usado preso à roupa da pessoa ou pendurado em torno do seu pescoço para amplificar o som.</p>
 <p>ISO: 22 06 12</p>	<p><b>Ajudas para ouvir intra-auriculares</b></p> <p>Dispositivos usados dentro do ouvido para amplificar o som.</p>
 <p>ISO: 22 06 15</p>	<p><b>Ajudas para Ouvir Retroauriculares</b></p> <p>Dispositivos usados atrás da orelha para amplificar o som</p>
 <p>ISO: 22 06 27</p>	<p><b>Acessórios para produtos de Apoio para ouvir</b></p> <p>Incluem-se, por exemplo, conexões de áudio, adaptações de óculos, controles remotos para aparelhos auditivos.</p>

### 7.3. Produtos de Apoio para Produção de Voz (ISO: 22 09)



Dispositivos para auxiliar a pessoa que tem alteração na voz.

 <p>ISO: 22 09 03</p>	<p><b>Geradores de Voz</b></p> <p>Dispositivos para gerar oscilações de ar na garganta, que são transformados em fala pelo movimento do palato mole, língua e boca. Incluem-se, por exemplo, válvulas de voz.</p>
 <p>ISO: 22 09 06</p>	<p><b>Amplificadores de Voz para uso Pessoal</b></p> <p>Aparelhos para aumentar o volume da voz de uma pessoa.</p>

### 7.4. Produtos de Apoio para o Desenho e Escrita (ISO: 22 12)

  <p>ISO: 22 12 03</p>	<p><b>Dispositivos para desenho e escrita Manual</b></p>
--	--


  <p>ISO: 22 12 09</p>	<p><b>Régua de assinatura, chancelas e pautas de escrita</b></p> <p>Dispositivos para auxiliar a pessoa a escrever uma assinatura ou à mão caracteres escritos na posição correta, ou para produzir uma assinatura impressa usando um carimbo.</p>
 <p>ISO: 22 12 12</p>	<p><b>Equipamentos de Escrita de <i>Braille</i> de forma manual</b></p> <p>Dispositivos para a produção de caracteres em Braille em relevo sobre papel com uma caneta especial ou um pedaço de pau.</p>
 <p>ISO: 22 12 15</p>	<p><b>Máquinas de Escrever</b></p> <p>Incluem-se, por exemplo, manuais, elétricas, máquinas de escrever em <i>Braille</i> e máquinas de escrever com memória.</p>

 <p>ISO: 22 12 18</p>	<p><b>Papel/Plásticos Especiais para Escrita</b></p> <p>Materiais para cópias com efeitos especiais para o reconhecimento tátil.</p>
 <p>ISO: 22 12 21</p>	<p><b>Blocos de Notas portáteis para Braille</b></p>

## 7.5. Produtos de Apoio para Cálculo (ISO: 22 15)


 <p>ISO: 22 15 06</p>	<p><b>Máquinas de Calcular</b></p>
--	------------------------------------

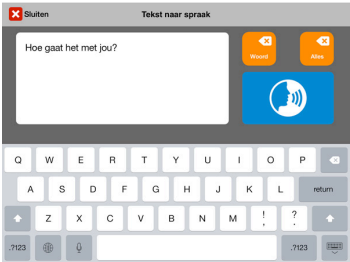
**7.6. Produtos de Apoio para Tratamento da Informação áudio, imagem e vídeo (ISO: 22 18)**

 <p>ISO: 22 18 21</p>	<p><b>Descodificadores para Videotexto e Teletexto</b></p> <p>Dispositivos para traduzir videotexto.</p>
--	--


**7.7. Produtos de Apoio para comunicação face-a-face (ISO: 22 21)**

Dispositivos para ajudar duas pessoas a comunicar no mesmo espaço.

 <p>ISO: 22 21 03</p>	<p><b>Quadros e conjuntos de letras e/ou símbolos</b></p> <p>Dispositivos para a comunicação face-a-face quando a fala está comprometida. Incluem-se, por exemplo, cartas, imagens, símbolos.</p>
 <p>ISO: 22 21 09</p>	<p><b>Unidades de Diálogo</b></p> <p>Dispositivos electrónicos que ajudam a comunicação direta. Incluem-se, por exemplo, portáteis e monitores não-portáteis eletrônicos digitais, papel, equipamentos de saída de voz gravada.</p>

 <p><b>ISO: 22 21 12</b></p>	<p><b>Software para comunicação face-a-face</b></p> <p>Software para a produção de mensagens para comunicação direta. Incluí, <i>software</i> embutido, que facilita a comunicação cara-a-cara.</p>
---	---

## 7.8. Produtos de apoio para telefonar (e mensagens telemáticas) (ISO: 22 24)

 <p><b>ISO: 22 24 06</b></p>	<p><b>Telefones para redes móveis</b></p> <p>Incluem-se, por exemplo, os telefones de carros e telefones de curto alcance portáteis.</p>
--	--

## 7.9. Produtos de apoio para alarme, indicação e sinalização (ISO: 22 27)

 <p><b>ISO: 22 27 03</b></p>	<p><b>Indicadores com sinais visuais</b></p> <p>Dispositivos que indiquem com sinal de luz ou outro sinal visual que algo está acontecendo no local onde está o transmissor. Podem transformar um sinal sonoro em sinal visual. Incluem-se, por exemplo, luzes de sinalização de uma porta, intercomunicadores para crianças.</p>
---	---





ISO: 22 27 06

### **Indicadores com sinais acústicos**

Dispositivos que indicam com som, que algo está a acontecer no local onde o transmissor se encontra. Podem transformar, por exemplo, o sinal visual em sinal sonoro ou podem aumentar o volume de um dispositivo normal.



ISO: 22 27 06

### **Indicadores com sinais mecânicos**

Dispositivos que indicam com sinal tátil que algo está a acontecer no local onde o transmissor se encontra. Podem transformar, por exemplo, um sinal sonoro ou visual em vibração.



ISO: 22 27 12

### **Relógios e Medidores de Tempo**

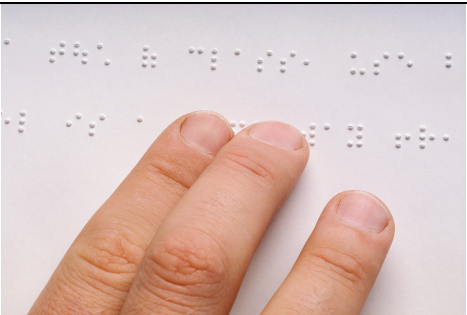
Dispositivos para medição, mostrando e falando ao mesmo tempo.



 <p>ISO: 22 27 18</p>	<p><b>Sistemas de Alarme de Emergência Pessoal</b></p> <p>Dispositivos acionados pelo utilizador ou automaticamente em caso de emergência pessoal. Incluem-se: alarmes de insulina, de apreensão para as pessoas com epilepsia em caso de queda.</p>
 <p>ISO: 22 27 21</p>	<p><b>Sistemas de alarme de emergência ambiental</b></p> <p>Incluem-se, por exemplo, alarmes contra incêndio e detectores de fumo.</p>

#### 7.10. Produtos de apoio para leitura (ISO: 22 30)

 <p>ISO: 22 30 03</p>	<p><b>Materiais de Leitura Falados</b></p> <p><i>Software</i> para armazenar dados escritos convertendo-os na forma falada.</p>
 <p>ISO: 22 30 21</p>	<p><b>Materiais de Leitura por Caracteres</b></p> <p>Dispositivos para leitura que transformam o texto escrito em formas alternativas de comunicação visual, tátil ou auditiva.</p>

 <p>ISO: 22 30 24</p>	<p><b>Materiais para Leitura Tátil</b></p> <p>Meios para apresentar o conteúdo em <i>Braille</i>. Incluem-se, por exemplo, livros e outros materiais impressos em <i>Braille</i>.</p>
--	---

### 7.11. Computadores e periféricos (ISO: 22 33)

 <p>ISO: 22 33 03</p>	<p><b>Computadores de secretaria (não portáteis)</b></p>
 <p>ISO: 22 33 06</p>	<p><b>Computadores portáteis e assistentes pessoais digitais</b></p> <p>Computador que pode ser alimentado por baterias e, portanto, pode ser usado em qualquer lugar. Incluem-se, por exemplo, os computadores em combinação com telefones móveis, como <i>smartphones</i>.</p>

## 7.12. Dispositivos de entrada para computadores (ISO: 22 36)

 <p>ISO: 22 36 03</p>	<p><b>Teclados</b></p> <p>Incluem-se, por exemplo, teclados <i>Braille</i>.</p>
 <p>ISO: 22 36 06</p>	<p><b>Dispositivos tipo rato</b></p>
 <p>Joystick Manche T.Flight Hotes X Thrustmaster Pc/Ps3</p> <p>ISO: 22 36 09</p>	<p><b>Joysticks de computador</b></p>
 <p>ISO: 22 36 12</p>	<p><b>Dispositivos alternativos de entrada</b></p> <p>Incluem-se, por exemplo, <i>scanners</i> ópticos, unidades de reconhecimento de voz, placas sensíveis ao toque, luvas de dados e interfaces cérebro-computador.</p>

### 7.13. Dispositivos de saída para computadores (ISO: 22 39)


 <p>ISO: 22 39 06</p>	<p><b>Impressoras</b></p>
 <p>ISO: 22 39 12</p>	<p><b>Dispositivos alternativos de saída</b></p>
 <p>ISO: 22 39 18</p>	<p><b>Software de saída especial</b></p> <p>Incluem-se, por exemplo, <i>software</i> que amplia o texto e os gráficos exibidos na tela do computador, <i>software</i> que lê a tela e converte para voz.</p>

## 8. PRODUTOS DE APOIO PARA MANUSEAR OBJETOS E DISPOSITIVOS (ISO: 24)

### 8.1. Produtos de apoio para manusear recipientes (ISO: 24 06)

 <p>ISO: 24 06 03</p>	<p><b>Dispositivos para abrir recipientes</b></p> <p>Dispositivos para abrir garrafas, latas e outros recipientes.</p>
 <p>ISO: 24 06 06</p>	<p><b>Dispositivos para espremer bisnagas</b></p> <p>Dispositivos para auxiliar na extração do conteúdo de um tubo, incluem-se, por exemplo, auxiliares de distribuição dentífrico.</p>

### 8.2. Produtos de apoio para assistir e/ou substituir a função do braço, e/ou mão, e/ou dedos (ISO: 24 18)


 <p>ISO: 24 18 06</p>	<p><b>Adaptadores e Dispositivos de Preensão</b></p> <p>Dispositivo com uma correia que se ajusta em torno da mão e que possui uma ranhura onde podem ser adaptados talheres, escovas de dentes e/ou lâminas de barbear. Indicado para pessoas com dificuldade ao nível da preensão global, fina e dos dedos.</p>
--	---

 <p>ISO: 24 18 09</p>	<p><b>Dispositivos para agarrar aplicados no corpo</b></p> <p>Dispositivos aplicados no corpo que ajudam a segurar objetos.</p>
 <p>ISO: 24 18 12</p>	<p><b>Dispositivos para manter o objeto numa posição estável</b></p>
 <p>ISO: 24 18 15</p>	<p><b>Ponteiros</b></p> <p>Dispositivos para controlar outros dispositivos.</p>

 <p>ISO: 24 18 18</p>	<p><b>Ponteiros Luminosos</b></p> <p>Dispositivos que emitem um feixe de luz utilizado para destacar meios visuais ou para ativar ou operar um dispositivo electrónico.</p>
 <p>ISO: 24 18 27</p>	<p><b>Apoios de antebraços para atividades manuais</b></p> <p>Dispositivos que suportam o antebraço durante as atividades manuais.</p>


### 8.3. Produtos de Apoio para Alcançar à distância (ISO: 24 21)

Produtos de apoio para alcançar objetos à distância.

 <p>ISO: 24 21 03</p>	<p><b>Pinças de Preensão Manuais</b></p> <p>Permite alcançar objetos do chão e/ou de uma prateleira.</p> <p>Dispositivos para apertar ou agarrar um objeto a uma distância.</p>
 <p>ISO: 24 21 06</p>	<p><b>Pinças de Preensão Elétricas</b></p> <p>Dispositivos elétricos para agarrar um objeto a uma distância.</p>

 <p>ISO: 24 21 09</p>	<p><b>Dispositivos de Extensão sem função de preensão</b></p> <p>Dispositivos para prolongar o alcance e/ou mover um objeto sem o agarrar.</p>
--	--

#### 8.4. Produtos de Apoio para Fixação (ISO: 24 27)

 <p>ISO: 24 27 06</p>	<p><b>Bases Antiderrapantes</b></p> <p>Dispositivos para reduzir o risco queda por serem colocados sob um objecto.</p>
---	--



## 9. PRODUTOS DE APOIO PARA MELHORAR O AMBIENTE, FERRAMENTAS E MÁQUINAS (ISO: 27)

Dispositivos e equipamentos para melhorar e medir o ambiente.

### 9.1. Instrumentos de Medida (ISO: 27 06)

 <p>ISO: 27 06 03</p>	<p><b>Produtos de Apoio e Instrumentos para medir o Comprimento</b></p>
 <p>ISO: 27 06 24</p>	<p><b>Produtos de Apoio e Instrumentos para medir as cores</b></p> <p>Instrumentos para identificar as diferentes componentes da cor.</p>
 <p>ISO: 27 06 27</p>	<p><b>Produtos de Apoio e Instrumentos para medir os níveis de som</b></p> <p>Aparelhos para medir e indicar os níveis de ruído.</p>


## 10. PRODUTOS DE APOIO PARA ATIVIDADES RECREATIVAS

(ISO: 30)

Dispositivos destinados a jogos, passatempos, desporto e outras atividades de lazer.

**10.1. Equipamento, Ferramentas e Materiais para trabalhos manuais (ISO: 30 18)**

Produtos que auxiliam as pessoas na criação de arte e artesanato.

 <p>ISO: 30 18 03</p>	<p><b>Ferramentas, materiais e equipamento para artesanato têxtil</b></p>
 <p>ISO: 30 18 06</p>	<p><b>Ferramentas, materiais e equipamento para trabalho em cerâmica</b></p>
 <p>ISO: 30 18 09</p>	<p><b>Ferramentas, materiais e equipamento para trabalho em madeira</b></p>



ISO: 30 18 15

**Ferramentas, materiais e  
equipamento para criação de imagens  
gráficas**

Produtos utilizados para criar  
imagens sem a ajuda de um computador  
ou outros meios electrónicos. Incluem-  
se, por exemplo, pintura, desenho e  
artes gráficas.

Fonte de Imagens: [www.eastin.eu.pt](http://www.eastin.eu.pt)

## 11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Decreto - Lei nº 93/2009 de 16 de Abril (2009). Diário da República 1.<sup>a</sup> série, nº 74 (1 de Junho de 2016), p. 2275 - 2277. Acedido a: 01/01/2017. Disponível em: <https://dre.pt/application/dir/pdf1sdip/2009/04/07400/0227502277.pdf>

Decreto - Lei nº 7197/2016 de 1 de Junho (2016). Diário da República 2.<sup>a</sup> série, nº 105 (16 de Abril de 2009), p. 17168 - 17185. Acedido a: 01/01/2017. Disponível em: [http://www.inr.pt/uploads/docs/noticias/2016/despacho\\_7197\\_2016.pdf](http://www.inr.pt/uploads/docs/noticias/2016/despacho_7197_2016.pdf)

Departamento de Desenvolvimento Social e Programas Unidade de Intervenção Social (2016). Guia Prático – Sistema de Atribuição de produtos de Apoio SAPA). Lisboa: Instituto da Segurança Social. Acedido a: 03/02/2017. Disponível em: [http://www.seg-social.pt/documents/10152/12207936/Sistema\\_Atribuicao\\_Produtos\\_Apoio\\_SA\\_PA/ac2d7eac-1a73-4078-8a4c-31b37bc0c5a7](http://www.seg-social.pt/documents/10152/12207936/Sistema_Atribuicao_Produtos_Apoio_SA_PA/ac2d7eac-1a73-4078-8a4c-31b37bc0c5a7).

European Assistive Technology Information Network (2017). *Rede de Informação Europeia sobre Tecnologia para Deficiência e Autonomia*. Acedido a: 01/01/2017. Disponível em: <http://www.eastin.eu/pt-pt/searches/products/index>

International Organization Standardization (2015). *ISO Strategy: 2016-2020*. Acedido a: 01/01/2017. Disponível em: <http://www.iso.org/iso/home/about.htm>.

Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I. & Vieira, C. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência

## **APÊNDICE IX**

Jornal de Aprendizagem Centro de Reabilitação (1)



**Curso de Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização em**  
**Enfermagem de Reabilitação**

**2º Jornal de Aprendizagem**  
Centro de Reabilitação  
Serviço de Reabilitação de Adultos

Sara Conde, N° 6704

**Enfermeira Orientadora:** Patrícia Veríssimo

**Professora Orientadora:** Cristina Saraiva

**Lisboa**

**Outubro de 2016**

**Período de estágio: 07-10-2016 a 14-10-2016**

Decorrido o período de integração considero que esta semana me senti mais confiante e autónoma na interação com a equipa multidisciplinar e na prestação de cuidados aos doentes. O facto de estes apresentarem um internamento prolongado tem-se revelado vantajoso, na medida em que me tem facilitado seguir o seu percurso no internamento e o programa de reabilitação implementado, sendo facilitador no meu processo de aprendizagem e no desenvolvimento de competências.

Tenho verificado que a realidade com que me tenho deparado neste serviço, vem dar ênfase à intervenção do EEER na prestação de cuidados à pessoa com alterações sensoriais, cognitivas e motoras, uma vez que verifico uma evolução diária na sua situação clínica, o que se traduz em ganhos, para a saúde do doente e para a instituição.

Um dos aspetos que considero ser uma área na qual o enfermeiro de reabilitação tem um papel importante e deve investir, é na realização de ações de educação para a saúde. Assim, no turno de segunda-feira, procurei realizar ao Sr. F. A., ensino e treino específico da AVD, vestir-se, como condição para a promoção das suas atividades de autocuidado. Trata-se de um doente de 58 anos, que se encontra parcialmente dependente nas suas atividades de autocuidado, após sofrer um AVC Isquémico do Hemisfério Direito, apresentando hemiparesia esquerda, de predomínio braquial.

Após ter verificado que a melhoria da autonomia na AVD vestir-se, se tratava de um dos objetivos do seu plano de reabilitação, procurei realizar ensino e treino sobre esta atividade de autocuidado, no sentido de promover a sua máxima independência e o tornar parceiro ativo no seu processo de cuidados.

Após o jantar achei importante explicar-lhe o que iria acontecer, pedindo-lhe permissão para o acompanhar até ao quarto e efetuar o referido ensino. Este foi bastante receptivo facilitando de imediato a minha abordagem.

Desta modo:

- Para promover a sua autoestima procurei incentivá-lo na escolha do pijama.
- Expliquei-lhe que para despir a camisola deveria, com a mão menos afetada agarrar na região posterior da gola e despi-la sobre a cabeça, inclinando-a para a frente. O membro superior mais afetado deveria ser despido com a mão menos

afetada, sendo que a última deveria ser despida segurando a camisola entre as coxas e as nádegas.

- De seguida, este retirou os sapatos e as meias cruzando a perna afetada sobre a não afetada e efetuando a mesma técnica no outro membro inferior.

- Para retirar as calças, incentivei-o a levantar-se despindo-as até ao joelho, finalizando o procedimento sentado e começando por retirá-las pelo membro menos afetado. Para retirar as calças do membro inferior afetado, deveria cruzá-lo sobre o outro membro, puxando-as;

- No que se refere a vestir as calças do pijama, este não apresentou grandes dúvidas. Cruzou as pernas e com a mão menos afetada colocou-as primeiro na perna afetada até ao joelho, fazendo o mesmo no outro membro, puxou o máximo que conseguiu e assumiu a posição de pé, puxando-as com a mão menos afetada até à cintura.

Durante este momento mantive-me segura no que respeita ao meu discurso, transmitindo esta minha segurança ao doente na informação prestada, sendo facilitadora na realização do referido ensino. Considero que a escolha do momento foi apropriada uma vez que o senhor se encontrava num local calmo (no seu quarto), favorável à compreensão da informação transmitida, preservando também a sua privacidade e intimidade.

Desde o primeiro contacto com este senhor, que verifiquei que este apresentava défice de atenção e concentração pelo que com intuito de maior adesão ao ensino, procurei evitar explicações longas e complicadas. Uma outra estratégia por mim implementada foi fechar as cortinas, desligar a televisão (de modo a evitar estímulos visuais e auditivos) e ainda dar-lhe o tempo necessário para realização desta tarefa. Procurei abordá-lo pelo lado mais afetado de modo a criar um estímulo sistemático.

Durante a informação transmitida pretendi entender o que este sabia sobre o assunto abordado, pedindo-lhe que me explicasse o procedimento, de modo a envolvê-lo nos ensinamentos efetuados. Uma vez que esta AVD requer “maior exigência e esforço, podendo provocar frustração e consequente desmotivação” (Menoita et al., 2012, p. 124), procurei elogiar o senhor ao longo da tarefa, de forma a minimizar este problema. Tentei transmitir-lhe apenas a informação mais relevante neste caso, pois se o ensino for feito por partes, de acordo com as suas necessidades, é mais fácil a interiorização da mesma. Penso que o ideal é ir fazendo os inúmeros ensinamentos várias vezes durante o dia, de acordo com as necessidades sentidas pelo doente,



respeitando as suas limitações, reforçando os aspectos que não sejam interiorizados tão facilmente.

Apesar de considerar que este decorreu de forma positiva, senti necessidade de retirar algumas dúvidas junto da Enfermeira Orientadora, nomeadamente nas estratégias a adotar na pessoa com hemiparesia/hemiplegia relativamente ao calçado. Esta explicou-me que uma boa técnica, é segurar no cordão dos sapatos e começar com um nó na extremidade inferior, puxando o mesmo de baixo para cima com laçada corrida. À ponta restante será dado meio laço, para facilitar a pessoa a desapertar o sapato, e colocada dentro do sapato, a fim de evitar quedas. A pessoa ao retirar os sapatos não deve apenas puxá-los, mas sim puxar todo o cordão de forma uniforme para alargar o sapato e assim, facilitar o seu uso no dia seguinte. Se necessário a calçadeira de cabo longo é um excelente recurso para auxiliar na colocação das meias e sapatos.

Este é um assunto que considero ser alvo de reflexão. Segundo a DGS (2011, p. 6) a reabilitação “é um processo centrado no doente, (...) com a finalidade de melhorar a sua funcionalidade e alcançar o maior nível de independência possível”. O treino das AVD assume particular importância na promoção das atividades de autocuidado, “tendo presente o estímulo à pessoa para que se torne o mais independente possível, ajudando-a somente naquilo que a pessoa não consegue fazer sozinha, no sentido de obter maior autonomia” (Menoita et. al, 2012, p. 118). Deste modo, é importante que o EEER intervenha na educação dos doentes e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração da pessoa na família e na comunidade, proporcionando-lhes assim, o direito à dignidade e à qualidade de vida (OE, 2010).

Porque a família/cuidador desempenha um papel essencial na continuidade de cuidados, é primordial o seu envolvimento precoce e gradual nos ensinamentos efetuados. No entanto, ao longo deste dia, não me foi possível envolver a família deste senhor no decorrer do mesmo, pois apesar deste apresentar apoio de uma das filhas, esta não o visita com frequência.

Apesar de ter sentido algumas dificuldades, senti que tive uma postura adequada às necessidades deste senhor, demonstrando que me preocupo com ele e com o seu bem-estar. No futuro sempre que surjam dificuldades semelhantes, considero importante manter esta postura de disponibilidade e abertura face aos

doentes e tentar melhorar, cada vez mais, a minha forma de responder às suas necessidades e dificuldades.

Este processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências tem decorrido gradualmente, sendo de salientar que a pesquisa bibliográfica diária e reflexões semanais, têm contribuído para a melhoria da minha prestação de cuidados. Assim, considero que atualização contínua de conhecimentos, “enquadrada num meio que possibilite a reflexão, constitui um marco estruturante para o desenvolvimento de competências, pois é um processo que torna possível a tomada de decisão ética, essencial para que os cuidados sejam excelentes” (OE, 2015, p. 93).

## **BIBLIOGRAFIA**

Direção Geral da Saúde (2011c). *Norma 054/2011 – Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação*. Acedido a: 15/06/2016. Disponível em: <http://www.dgs.pt>.

Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I. & Vieira, C. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a: 11/10/2016. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

## **APÊNDICE X**

Jornal de Aprendizagem Centro de Reabilitação (2)



**Curso de Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização em**  
**Enfermagem de Reabilitação**

**5º Jornal de Aprendizagem**  
Centro de Reabilitação  
Serviço de Reabilitação de Adultos

Sara Conde, N° 6704

**Enfermeira Orientadora:** Patrícia Veríssimo

**Professora Orientadora:** Cristina Saraiva

**Lisboa**

**Novembro de 2016**

### **Período de estágio: 01-11-2016 a 06-11-2016**

O meu percurso de aprendizagem tem decorrido num centro de reabilitação que apresenta como principal objetivo a promoção da qualidade do movimento do doente e a maximização das suas capacidades, promovendo a sua funcionalidade, apoiando-o a refazer o seu projeto de vida, e visando a sua maior autonomia e qualidade de vida.

No decorrer desta semana, tive oportunidade de realizar um estágio, no departamento de AVD que apresenta como missão, a avaliação, o ensino e o treino da pessoa, com intuito de lhe proporcionar uma maior autonomia. Os cuidados de enfermagem de reabilitação que aqui são desenvolvidos, incluem doentes internados, em regime de ambulatório, os seus familiares e/ou cuidadores.

A realidade com que me deparei neste local, veio dar ênfase à importância da intervenção do EEER na prestação de cuidados à pessoa com alterações cognitivas, sensoriais e motoras, constituindo uma grande experiência de aprendizagem e aquisição de competências enquanto futura EEER. Permitiu-me articular eficazmente os saberes teóricos com os práticos, principalmente no que concerne ao tema central do meu Projeto de Formação.

Esta unidade é constituída apenas por EEER, sendo responsáveis pelo ensino e treino de aspetos essenciais para o dia-a-dia, nomeadamente, o vestir/despir, cuidados de higiene, utilização da sanita, utilização do lavatório (higiene oral), barbear, maquilhar, atividades terapêuticas no leito, transferências entre superfícies, exercícios de equilíbrio de tronco e estudo e referenciação de PA (tábuas para a banheira, tábuas de transferências, cadeira rotativa para o duche, entre outros). Todas estas intervenções são realizadas numa sala ampla, sendo o seu espaço físico organizado em áreas específicas dentro do departamento.

Cada EEER tem a seu cargo um número de doentes pertencentes a um serviço da instituição, abrangendo patologias do foro neurológico, traumatismos vertebro-medulares, traumatismos crânio-encefálicos, amputados, entre outros. A sala tem capacidade para receber vários doentes ao mesmo tempo, sendo que a sua visita ao departamento tem uma duração de 30 minutos, entre 3 a 4 dias por semana, no período da manhã ou da tarde.

Sempre que referenciados para este serviço, o EEER faz a admissão, contemplando informação relativa à sua história clínica, condições habitacionais, PA

utilizados, apoio familiar e expectativas após o internamento. Segue-se a avaliação da dependência e da sua funcionalidade, sendo avaliada a locomoção, o equilíbrio, colaboração nas transferências entre diferentes superfícies, atividades terapêuticas no leito e grau de independência funcional, nas AVD higiene e vestir-se, sendo efetuado o seu registo num documento próprio utilizado no departamento. Para avaliar o grau de dependência, os ganhos funcionais e comparar resultados, é utilizada por toda a equipa multidisciplinar no centro de reabilitação, a escala de MIF que se tem tornado para mim, um instrumento essencial de avaliação.

Desde o primeiro contacto que verifiquei existir uma grande relação de proximidade entre o enfermeiro e o doente, o que por si só se torna facilitador no estabelecimento de laços de confiança, constituindo uma mais valia na compreensão do indivíduo como um todo, para além da sua limitação funcional. Este é o espírito da reabilitação, que se caracteriza pela atenção e ação específicas, dirigidas à pessoa, que é reconhecida como alguém singular, não se limitando aquilo que o corpo ou suas características deixam ver (Hesbeen, 2003). A relação terapêutica estabelecida desde o início, vai influenciar todo processo de cuidados, influenciando de forma positiva a adesão desta aos ensinamentos efetuados. Só um caminho que faça sentido para este, obterá a sua adesão e participação, sendo facilitador na obtenção de uma maior autonomia (Hesbeen, 2001).

Neste período, tive oportunidade de acompanhar maioritariamente indivíduos que sofreram um AVC, tendo-me deparado com dificuldades transversais resultantes das consequências desta patologia. Estas podem apresentar diversas manifestações destacando-se como principais consequências motoras, a hemiparesia e a hemiplegia do lado contralateral à lesão cerebral (Hoeman, 2011), podendo causar assimetria corporal, provocando instabilidade postural em repouso e em movimento. Podendo haver um comprometimento da sua autonomia na realização das AVD, nomeadamente na mobilidade, vestir-se e higiene, a intervenção do EEER torna-se imperativa como agente terapêutico de autocuidado.

Relativamente à AVD vestir-se, a pessoa apresenta grandes dificuldades requerendo maiores capacidades físicas e cognitivas, por isso o seu treino necessita de um período de tempo mais longo (Walker et al., 2011; Menoita et al., 2012). Devido ao seu grau de exigência e o esforço acrescido, esta atividade pode provocar frustração e consequente desmotivação, pelo que verifiquei que se torna imprescindível a envolvimento da pessoa na escolha da roupa, fornecendo o EEER

orientações sobre as características do vestuário e calçado com melhor adaptabilidade às dificuldades sentidas pela pessoa, recorrendo frequentemente à utilização do reforço positivo, de forma a minimizar potenciais problemas. Assim, esta atividade apresenta como principais objetivos, permitir um maior grau de independência e rapidez na execução da tarefa, despendendo o mínimo de esforço possível.

O treino desta AVD à pessoa com hemiplegia/hemiparesia é em geral efetuado na CR, a menos que esta apresente défice de equilíbrio, sendo adotada a posição de deitado no leito, para lhe proporcionar autonomia em segurança no vestir da cintura para baixo. Uma vez que aprendizagem deve ser gradual, com clara diferenciação dos diversos passos a dar, a técnica é desdobrada em várias etapas, sendo dirigida de forma isolada ao vestir a metade superior e a metade inferior do corpo. Verifiquei que os familiares e/ou cuidadores também são envolvidos nos ensinamentos efetuados, sendo estes aconselhados na compra de roupa adequada (folgada, com o mínimo de fechos, sem punhos apertados, meias sem costuras espessas, sapatos pouco apertados ou com numeração acima).

Tal como refere Menoita et al., (2012) verifica-se que no treino de vestir a camisola, esta deve vestir primeiro o hemicorpo afetado e despi-lo em último. A camisola, camisa ou por exemplo um vestido são colocados no colo, com a parte da frente virada para baixo e o colarinho junto aos joelhos, vestindo primeiro o membro superior do lado mais lesado puxando até ao ombro e costas e vestindo o outro em último (Vigia, Ferreira e Sousa, 2016).

Relativamente às calças, a pessoa cruza o membro mais lesado sobre o outro, veste a perna mais afetada até ao joelho e de seguida a outra, puxando as calças colocando-se de pé, ou mesmo sentada erguendo a anca. Relativamente às meias coloca-se a mão dentro da meia, dobrando-a até ao calcanhar.

No que respeita aos cuidados de higiene, na avaliação inicial do doente, as questões que mais se colocam, estão relacionadas com as características físicas da casa de banho, nomeadamente a existência de banheira ou *poliban*, a disposição das torneiras, acessibilidade da CR e existência de pontos de apoio fixos. Após este registo é definido com a pessoa, os cuidados de reabilitação específicos para o banho, de acordo com a utilização de banheira ou *poliban*.

Relativamente a esta técnica, uma das atividades mais observadas foi a entrada do doente com hemiplegia/hemiparésia na banheira. Esta assenta no

posicionamento correto da CR e a respetiva transferências para o PA utilizado, nomeadamente a tábua ou a cadeira de duche. A técnica de entrada para o *poliban* foca-se também no correto posicionamento da CR e transferência para uma cadeira ou um banco fixo adequado. Posteriormente é realizada uma avaliação relativa às principais limitações funcionais da pessoa na execução da tarefa, podendo ser sugeridos alguns PA que minimizem essa dificuldade.

Sendo a higiene oral, o pentear, o desfazer a barba, o maquilhar, ações de autocuidado integradas na ABVD higiene, verifiquei que nestas é onde existe maior ênfase por parte do EEER no departamento, havendo um local próprio na sala para o seu desenvolvimento.

Neste local não é efetuado ensino e treino do banho na cama, sendo as camas disponíveis utilizadas para a realização de várias atividades terapêuticas (rolar para o lado menos afetado e o mais afetado, o fazer a ponte, automobilizações) e treino de transferências.

Com intuito de capacitar a pessoa para a promoção do autocuidado, promovendo a sua mobilidade, a acessibilidade e participação social, em muitos casos é necessária a introdução de PA. Estes são referenciados pelo EEER e adaptados às capacidades funcionais dos doentes, sempre que se preveja a sua utilização no domicílio. Ilustrando a pertinência da sua escolha na pessoa com limitação da mobilidade, é possível verificar que a maioria dos doentes se deslocam de forma independente no centro, através de uma CR ou um tripé, permitindo-lhes sentar à mesa durante as refeições, deslocar-se aos vários departamentos ou mesmo utilizar o serviço de cafetaria, fomentando a sua autonomia e interação social com outros doentes e/ou família.

De forma a uma progressiva adaptação, o EEER possibilita a utilização dos PA pertencentes ao centro de reabilitação, no departamento ou mesmo durante o fim-de-semana, permitindo-lhe um período de adaptação antes da sua aquisição. A família é sempre tida em conta na sua escolha, sendo envolvida na realização de ensinamentos, facilitando a sua adaptação às limitações existentes. Verifiquei que inicialmente existe alguma renitência por parte da pessoa à sua introdução, no entanto e no decorrer das sessões torna-se evidente a sua adaptação à sua utilização como “meios indispensáveis ao bem-estar, autonomia, integração e qualidade de vida das pessoas, de modo a permitir uma atividade mais



independente (...) com menor esforço, dor e menor dispêndio de energia” (Menoita et. al, 2012, p. 117).

A promoção da reinserção social e a eliminação de barreiras arquitectónicas é uma preocupação primordial do EEER, pelo que no decorrer de todo o programa de reabilitação implementado é tido em conta as condições habitacionais que possam interferir ou limitar a mobilidade do doente, tendo repercussões a nível social. São realizados vários ensinamentos com intuito de definir estratégias capazes de eliminar obstáculos na habitação, nomeadamente, retirar tapetes para prevenção de quedas, retirar portas para acessibilidade da CR ou colocar objetos a um nível que possibilite o alcance do indivíduo que se encontre confinado a uma CR. De forma a minimizar o gasto de energia, melhorando a tolerância ao esforço, são desenvolvidas intervenções como o treino de marcha e subir e descer escadas, contribuindo para a promoção da deslocação e entrada/saída do domicílio, fomentando o exercício da sua cidadania.

No decorrer desta semana no departamento de AVD, verifiquei que apesar de haverem ensinamentos específicos com intuito de promoção das atividades de autocuidado da pessoa com AVC, estes não são estandardizados. O EEER necessita de se adaptar constantemente à individualidade de cada doente, tendo em conta o seu contexto familiar e social.

Finalizando a minha reflexão, considero que a experiência neste departamento constituiu uma mais valia no meu processo de aprendizagem, na medida em que me permitiu a consolidação e aquisição de novas aprendizagens. Foi importante ter acompanhado doentes a quem já presto cuidados no SRA, compreendendo quais as atividades aqui desenvolvidas e aquelas que necessitam de maior intervenção por parte do EEER, visando dar continuidade ao plano de reabilitação estabelecido, e assim maximizar a sua autonomia aquando o seu regresso a casa.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I. & Vieira, C. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem: Pensamento e Acção na Perspectiva do Cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hesbeen, W. (2003). *A Reabilitação: Criar novos caminhos*. Loures: Lusociência.
- Walker, M., Sunderland, A., Smith, J., Drummond, A., Logan, P. Edmans, J. ..., Fisher, R. (2011). The Dress trial: a feasibility randomized controlled trial of a neuropsychological approach to dressing therapy for stroke in patients. *Clinical Rehabilitation*, 26 (8), 675-685. **DOI:** 10.1177/0269215511431089

## **APÊNDICE XI**

Jornal de Aprendizagem ECCI (2)



**Curso de Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização em**  
**Enfermagem de Reabilitação**

**Jornal de Aprendizagem**  
**ECCI (2)**

Sara Conde, N° 6704

**Enfermeira Orientadora:** Adélia Ferreira

**Professora Orientadora:** Cristina Saraiva

**Lisboa**

**Janeiro de 2017**

**Período de estágio: 14-01-2017 a 30-01-2017**

Nas últimas duas semanas de estágio tenho prestado cuidados de enfermagem de reabilitação a uma doente de 84 anos, com o diagnóstico de fratura do cólo do fémur à esquerda, no contexto de uma queda no domicílio à dois meses. Esta senhora veio referenciada para ECCI para recuperação da marcha. Durante a primeira VD realizada pelas colegas da ECCI, após o levante, apresentou tonturas, associado a um período de ausência, pelo que foi contactado o INEM e enviada para o hospital da área de referência. O seu principal cuidador era o marido, de 87 anos de idade.

Inicialmente o gestor de caso desta doente não era a minha orientadora, mas pela dificuldade em se obter participação do cuidador nos cuidados, foi-lhe pedida colaboração. A primeira VD realizada não foi fácil. Fomos recebidas de forma distante e com muita agressividade por parte do cuidador. Este referia não querer a equipa da ECCI em sua casa pois da última vez as coisas não tinham corrido de acordo com o previsto. Consegui compreender que apresentava grande revolta com a equipa de saúde, culpando-a do sucedido anteriormente. Por outro lado, demonstrava interesse na recuperação da esposa, que agora se encontrava confinada ao leito. Relativamente a esta, foi muito amável, o que me deixou um pouco mais calma.

No regresso ao Centro de Saúde a enfermeira questionou-me: “Qual será a nossa intervenção com esta família? Que estratégias vamos adotar?”. Durante algum tempo refleti sobre esta questão. Por um lado, e após o primeiro contacto com o cuidador foram vários os sentimentos despertados em mim. O sentimento dominante era de angústia e insegurança. Desejei não voltar àquele domicílio. No entanto sabia que tal não tinha fundamento e que rapidamente teria de encontrar estratégias que me permitissem ultrapassar esta dificuldade, pois só assim seria possível efetivar um programa de reabilitação a esta doente. Era premente ir ao encontro das necessidades desta família e conseguir que esse encontro tivesse como resultado a criação de laços de confiança.

No decorrer das visitas a escuta ativa, a empatia, o respeito e autenticidade, constituíram estratégias bastante eficazes, na medida em que me permitiram compreender e dar resposta às suas principais dúvidas e dificuldades. Foi igualmente importante identificar as suas expectativas na nossa intervenção e compreender aquilo que realmente preocupava o marido da doente. Verifiquei que

até ao momento, a esposa, apresentava autonomia nas suas atividades de autocuidado, e perante esta nova situação de dependência, o cuidador não sabia o que fazer. Apesar de terem dois filhos, estes nem sempre estavam presentes, uma vez que residiam em Lisboa e ainda trabalhavam, conseguindo dar apoio apenas nos períodos de fim-de-semana.

Gradualmente foi-se conseguindo estabelecer laços de confiança com esta família o que facilitou a implementação de um programa de reabilitação. Comecei por realizar mobilizações ativas-assistidas dos membros superiores e inferiores e atividades terapêuticas no leito. Progressivamente, foi realizado treino de transferências para CR, exercícios de fortalecimento muscular dos membros superiores e inferiores e exercícios de tolerância ao esforço para realização de AVD (marcha até ao quarto de banho, pentear o cabelo, escovar dentes, vestir/despir o casaco) que acabou por conseguir efetuar com sucesso. O cansaço foi gerido por períodos de descanso (sentada numa cadeira) e respiração abdomino diafragmática. Em todas as VD houve necessidade de realização e reforço de ensinamentos, relativos à importância dos posicionamentos, transferências de forma segura, prevenção de quedas, alimentação e hidratação. A doente apresentou uma boa adesão ao programa implementado verificando-se progressivamente uma maior autonomia.

No decorrer do programa de reabilitação implementado, foi notório o envolvimento, a satisfação e a confiança crescente deste cuidador no nosso trabalho. Verifiquei ainda que mediante justificação da sua pertinência, este foi aceitando as nossas sugestões, nomeadamente, contratou o apoio domiciliário para os cuidados de higiene e conforto, adquiriu uma cama articulada com grades de proteção, colocou um colchão anti-escaras na cama da esposa, posicionando-a várias vezes ao dia, adotou a utilização de faixa de imobilização nos períodos em que esta estava sentada na cadeira de rodas e retirou os tapetes do domicílio, a fim de evitar quedas nos períodos de deambulação.

O estabelecimento de uma relação terapêutica entre o profissional e o doente/família/cuidador, constitui um processo bastante complexo que se caracteriza pela parceria com a pessoa, no respeito pelas suas capacidades e valorização do seu papel (OE, 2001). Nesta, é essencial a existência de uma comunicação eficaz entre quem cuida e quem é cuidado, englobando um processo de transmissão de mensagens e interpretação do seu significado. Os indivíduos que precisam de ajuda trazem para esta as suas experiências de vida, os seus conhecimentos, valores,

crenças e as suas motivações. O profissional é encarado como um elemento de ajuda, que facilita o crescimento da pessoa/doente, através das suas experiências, competências e compreensão (Phaneuf, 2004). A relação terapêutica não se torna efetiva no primeiro contacto, fortalecendo-se ao longo de um processo dinâmico onde existem ganhos com o envolvimento da família ou pessoas significativas e que tem por objetivo, ajudar a pessoa a ser proactiva na consecução do seu projeto de saúde (OE, 2001).

A prestação cuidados de enfermagem de reabilitação no contexto comunitário apresenta uma grande especificidade, principalmente porque estes se realizam no meio ambiente da pessoa. A minha experiência profissional apenas se restringe ao meio hospitalar, onde na maioria dos casos, predomina o modelo biomédico, sendo o principal objetivo tratar a doença. Na comunidade, tenho verificado que existe uma maior relação de proximidade entre o profissional e o doente/família, o que permite uma intervenção mais abrangente, pois tem em conta a pessoa em todas as suas dimensões. Este é o melhor meio para se conhecer o indivíduo, envolvendo “diversas variáveis, como a localização geográfica, sistemas de suporte familiar, acessos aos recursos na comunidade, recursos financeiros, barreiras psicossociais e acesso aos serviços de saúde” (Hoeman, 2011, p.127). Trata-se de “um excelente exemplo do significado de enfermagem holística (...), pois são considerados os aspetos físicos, psicológicos, cognitivos, sociais e financeiros dos utentes” (Hoeman, 2011, p. xvii). Assim, deve ser demonstrado respeito pelos “padrões culturais dos indivíduos, família e comunidade, as suas tradições, hábitos, sentimentos e necessidades, a fim de enaltecer a humanização e autonomia daquele que necessita de cuidados” (Lacerda, 2010, p. 2623). Neste sentido, o EEER deve ser detentor de competências técnicas, relacionais/comunicacionais e ainda apresentar capacidade de avaliação, diagnóstico, documentação eficaz, flexibilidade e desenvolvimento de pensamento crítico e criativo (Lacerda, 2010).

Para uma boa adesão aos cuidados prestados e ensinamentos efetuados, é antes de tudo necessário o estabelecimento de laços de confiança pois “estes irão permitir que seja possível à pessoa que recebe cuidados e à que presta, caminharem juntas na construção de um caminho que faça sentido para quem é cuidado” (Hesbeen, 2003, p. 75), facilitando a manutenção do controlo do seu próprio meio ambiente e assim, “assumir a responsabilidade do seu plano de manutenção da saúde e do seu comportamento” (Hoeman, 2011, p.127). Deste modo, o EEER desempenha um

papel determinante para a reintegração da pessoa na comunidade e assim, na promoção da sua máxima independência.

Na situação anteriormente descrita, foi possível efetivar uma relação terapêutica e de parceria com a doente e cuidador, contribuindo para uma adesão eficaz ao programa de reabilitação implementado e ensinamentos efetuados, o que consequentemente, contribui para uma maior autonomia e melhoria nos cuidados prestados a esta família.

### **Referências Bibliográficas**

Hesbeen, W. (2003). *A Reabilitação: Criar novos caminhos*. Loures: Lusociência.

Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de Reabilitação – prevenção, intervenção e resultados esperados* (Saraiva, C., Mertens, J., Abecassis, L., Abecassis, M., Sousa, M., Negrão, M. ... Azevedo, R., trad). 4ª Edição. Loures: Lusodidacta. (Tradução do original do inglês Rehabilitation Nursing – prevention, intervention, & outcomes, 4ª ed., 2008, Naples: Mosby).

Lacerda, M. (2010). Cuidado domiciliário: em busca da autonomia do indivíduo e da família na perspectiva da área pública. *Ciência e saúde colectiva*. Curitiba, 15 (5), 2621-2626.

Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos. Acedido a 22/01/2017. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>

Phaneuf, M. (2004). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusociência.



## **APÊNDICE XII**

Jornal de Aprendizagem ECCI (3)



**Curso de Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização em**  
**Enfermagem de Reabilitação**

**Jornal de Aprendizagem**  
**ECCI (3)**

Sara Conde, N° 6704

**Enfermeira Orientadora:** Adélia Ferreira

**Professora Orientadora:** Cristina Saraiva

**Lisboa**

**Janeiro de 2017**

**Período de estágio: 02-01-2017 a 13/01/2017**

Durante esta semana tive oportunidade de elaborar e implementar um plano de RFR a uma doente de 76 anos, com internamento recente por Traqueobronquite Aguda e que foi referenciada para ECCI para Reabilitação Respiratória (RR). Apresenta como antecedentes pessoais: Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), com aporte de oxigénio, 24 horas por dia a 2 L/min por Óculos Nasais, ex-fumadora (há 10 anos), HTA (neste momento estabilizada) e Dislipidémia.

O programa de RFR foi ajustado ao contexto respiratório da doente. Inicialmente esta foi posicionada em posição de descanso e relaxamento, em decúbito dorsal, com as pernas ligeiramente fletidas e com a cabeça elevada a cerca de 30°. Foi avaliada a escala de *Borg* Modificada no início e final da sessão, apresentando intensidade de 0 e 1, respetivamente. Procedeu-se à auscultação pulmonar apresentando murmúrio vesicular globalmente diminuído, com sibilos no terço inferior do hemitórax direito e esquerdo, no final da fase de expiração. Foi avaliada a saturação periférica de oxigénio no início e final da sessão, apresentando 91% e 95% de saturações periférica de O<sub>2</sub>, respetivamente. Apresentava expectoração esverdeada pelo que no plano de RFR implementado se deu primazia à mobilização e eliminação de secreções.

A eficácia da mobilização e eliminação de secreções foi feita através da tosse dirigida modificada e exercícios de acordo com o ciclo ativo da técnicas respiratórias (CATR). Foi promovida a consciencialização e controlo da respiração, sendo explicada à doente que fechasse os olhos e se concentrasse na sua respiração. Foi incentivada a inspirar pelo nariz (“cheirar a flor”) e expirar pela boca (“soprar a vela”), lentamente, de modo a “melhorar a sua capacidade em controlar a respiração, contribuir para o relaxamento da parte superior do tórax e região escápulo-umeral, e consequentemente relaxamento físico e psíquico, essenciais a uma ventilação eficaz” (Cordeiro & Menoita, 2012, p. 68). Foi feita reeducação abdomino-diafragmática da porção posterior, hemicúpula direita e esquerda (5 repetições cada) e introduziram-se exercícios de reeducação costal seletiva e global com bastão (utilização de um pau de vassoura). Incentivada a inspirar na subida do bastão e expirar na sua descida (5 repetições) seguida da técnica de expiração forçada (TEF) (“*Huff*”), duas vezes, sendo capaz de mobilizar e expelir secreções, esverdeadas,

em moderada quantidade. Após realização dos exercícios foi administrada terapêutica corticóide (prescrita no domicílio), a fim de melhorar o seu efeito.

Nas sessões seguintes, para limpeza das vias aéreas e mobilização de secreções, recorreu-se à drenagem postural modificada (leito na posição horizontal), sendo introduzidas manobras acessórias (percussão, compressão e vibração), de modo a “ajudar a progressão das secreções até aos grossos brônquios e traqueia” (Olazabal, 2003, p. 1808). Com o decorrer das sessões, foi notório o aumento da tolerância aos exercícios de RFR, mostrando satisfação com a sua eficácia na melhoria do seu estado de saúde.

Saliento ainda outra situação de cuidados que reflete a intervenção do EEER a uma doente de 81 anos de idade, com internamento recente por insuficiência respiratória parcial e com antecedentes pessoais relevantes de DPOC e insuficiência cardíaca congestiva. Foi referenciada para ECCI pela EGA do hospital onde esteve internada, para RR e reabilitação motora. Na auscultação pulmonar verifiquei que apresenta murmúrio vesicular globalmente diminuído, sem ruídos adventícios. Avaliadas saturações periféricas de O<sub>2</sub> no início e final da sessão, apresentando 91% e 92%, respetivamente. Na avaliação da dispneia (Escala de *Borg* Modificada), no início e final da sessão, apresentava valores de 1 (muito leve) e 3 (moderada), respetivamente. Na avaliação da força, verifiquei que esta se encontrava diminuída ao nível dos membros inferiores (4/5, *Medical Research Council*), com desequilíbrio na marcha, deslocando-se com andarilho, tendo-lhe sido prescrito no último internamento aporte de oxigénio contínuo a 2 L/min por óculos nasais.

Foi introduzido gradualmente e de acordo com a sua tolerância um programa de treino de fortalecimento muscular, associando-se exercícios de força muscular, com envolvimento dos membros superiores e inferiores. Nos exercícios dos membros superiores deu-se primazia aos exercícios com utilização de bastão (pau de vassoura) e pesos (pacote de arroz). Para fortalecimento muscular e reeducação ao esforço, no treino dos membros inferiores recorreu-se ao uso de pedaleira, treino de marcha e treino de subir e descer escadas. Segundo a DGS (2009, p. 8), este constitui uma “componente mandatária do programa de RR”, acrescentando ainda que a sua combinação com o treino dos membros superiores é benéfica, “na medida em que otimiza a melhoria da dispneia em esforço contribuindo para o aumento da qualidade de vida da pessoa” (DGS, 2009, p. 4)

Foram também introduzidas estratégias de conservação de energia e controlo de dispneia, a adotar na realização das suas AVD. Foi explicado à doente e cuidadora que para controlo da fadiga, a expiração na fase de esforço e inspiração na fase de repouso, a expiração com os lábios semicerrados e ainda a adoção de períodos de descanso constituem estratégias bastante eficazes. Foi aconselhada a realizar as suas atividades de autocuidado sentada (tais como o banho, calçar e descalçar sapatos, lavar os dentes, pentear-se, entre outras), sendo incentivada a dividir o tempo na realização de tarefas, realizando-as sem pressa. Relativamente ao treino de pedaleira, foi-lhes explicado que seria benéfico a sua execução após um período de descanso, devendo realizá-lo por exemplo no período da tarde ou nos dias em que a equipa da ECCI não vinha. Houve uma boa adesão da sua parte ao plano de reabilitação implementado, tendo-se verificado uma redução progressiva na intensidade da dispneia, segundo a escala de *Borg* Modificada.

Porque ambas demonstraram algumas dúvidas relativas à gestão da oxigenoterapia e porque considero essencial que a pessoa e cuidador tenham conhecimentos com segurança e eficácia desta temática no domicílio, foram realizados e reforçados ensinamentos relativos aos benefícios da sua utilização no tempo e débitos prescritos, os riscos inerentes à sua utilização, a importância do uso do concentrador portátil de oxigénio e sobre a correta utilização da cânula nasal.

A oxigenoterapia consiste na administração de oxigénio, apresentando benefícios, nomeadamente a diminuição da sobrecarga cardiopulmonar, a melhoria na ventilação e redução dos efeitos da hipoxémia (Hoeman, 2011). A prescrição de oxigenoterapia de longa duração nos adultos é determinada pelos seguintes valores de gasometria arterial:  $PaO_2 \leq 55$  mm Hg,  $PaO_2$  entre 55-60 mm Hg, se na presença de *cor pulmonale* crónico ou hipertensão da artéria pulmonar e/ou poliglobulia (DGS, 2011). Ainda Segundo a mesma fonte, a prescrição de oxigenoterapia na “deambulação deve ser promovida em doentes normoxémicos em repouso e que, na prova de marcha de 6 minutos, apresentem saturação periférica de  $O_2$  ( $SpO_2$ ) < 88 % ou uma redução de 4% para valores inferiores a 90%, sendo corrigida pela administração de  $O_2$ ” (DGS, 2011, p. 3). A pessoa deve apresentar os mesmos valores de gasometria arterial que na prescrição de oxigenoterapia de longa duração (DGS, 2011). De referir que “o  $O_2$  líquido e o concentrador portátil só

são prescritos em doentes seguidos em programas de reabilitação respiratória” (DGS, 2011, p. 3).

A reabilitação respiratória (RR) constitui uma intervenção global e multidisciplinar, destinando-se a pessoas com doença respiratória crónica, sintomáticas e, frequentemente, com redução na participação das suas atividades de vida diária (DGS, 2009). Uma vez integrada no “tratamento individualizado do doente, foi desenhada para a redução de sintomas, optimização da funcionalidade e participação social da pessoa, reduzindo os custos de saúde através da estabilização ou regressão dos sintomas” (DGS, 2009, p.1) associados à doença. No programa de RR a educação para a saúde é primordial. O processo educativo deve ser contínuo, tratando-se de uma ferramenta essencial no envolvimento e conhecimento do doente no seu tratamento, co-responsabilizando-o pelo mesmo, e assim, promovendo e otimizando a adesão ao regime terapêutico (Ferreira, 2014).

O EEER possui “um nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas, maximizando o seu potencial funcional e a sua independência” (OE). Através da utilização de técnicas específicas de reabilitação e intervenção na educação do doente e pessoas significativas, apresenta o perfil para ser o profissional capaz de promover e potencializar a capacidade de reabilitação de cada pessoa ou ajudar a lidar com as incapacidades e desvantagens (APER, 2010). O EEER assume portanto um pilar basilar para a promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, assumindo um papel estratégico no regresso da pessoa ao domicílio, onde são asseguradas a continuidade dos cuidados.

## **Referências Bibliográficas**

Associação Portuguesa de Enfermeiros de Reabilitação (2010). *Contributos para o plano nacional de saúde 2011-2016*. Acedido a 20/01/2017. Disponível em: <http://aper.pt/ficheiros/documentos/aper2.pdf>.

Cordeiro, M. e Menoita, E. (2012). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas*. Loures: Lusociência.

Direção Geral de Saúde (2009). Circular Informativa Nº 40A/DSPCD – *Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC)*. Acedido a 20/01/2017. Disponível em: <http://www.dgs.pt>

Direção Geral da Saúde (2011). *Norma 018/2011 – Cuidados Respiratórios Domiciliários: Prescrição de Oxigenoterapia*. Acedido a: 14/01/2017. Disponível em: <http://www.dgs.pt>.

Ferreira, D. (2014). Estratégias Educacionais. In M. Cordeiro (Coordenadora). *Terapêutica Inalatória – Princípios, Técnica de Inalação e Dispositivos Inalatórios* (pp. 131-138). Loures: Lusodidacta.

Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de Reabilitação – prevenção, intervenção e resultados esperados* (Saraiva, C., Mertens, J., Abecassis, L., Abecassis, M., Sousa, M., Negrão, M. ... Azevedo, R., trad). 4ª Edição. Loures: Lusodidacta. (Tradução do original do inglês *Rehabilitation Nursing – prevention, intervention, & outcomes*, 4ª ed., 2008, Naples: Mosby).

Olazabal, M. (2003). Métodos de Limpeza das Vias Aéreas. In M. Gomes e R. Sotto-Mayor (Coords). *Tratado de Pneumologia – Volume II (1807-1810)*. Lisboa: Permanyer, Sociedade Portuguesa de Pneumologia.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a: 19/01/2017. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf)

### **APÊNDICE XIII**

Apreciação do Percorso de Aquisição de Competências



ANEXO II

7º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM – ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM  
DE REABILITAÇÃO

APRECIAÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Estudante: Sara Conde

Local de Estágio: [REDACTED] Início: 26/09/16 Fim: 24/11/16

Orientador: Patrícia Veas

Considero que a estudante apresentou um percurso evolutivo ao longo deste estágio, no sentido da aquisição e desenvolvimento de competências técnicas, científicas e humanas necessárias à prestação de cuidados especializados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com limitação da atividade neste contexto da prática clínica, com vista à promoção da autonomia e facilitação da reintegração sócio-familiar. Ao longo do estágio a estudante desenvolveu competências no âmbito da avaliação da funcionalidade, identificando as alterações de função e planeando as intervenções de acordo com as necessidades encontradas, promovendo a aquisição de estratégias adaptativas em vista ao autocuidado. Como principais dificuldades identificadas saliento: a mobilização/sistemização do conhecimento técnico para a prática; a compreensão das especificidades do contexto de reabilitação (processo lento e moroso, não sendo os resultados imediatos, com ganhos pequenos e graduais); a capacidade de iniciativa e autonomia e capacidade no estabelecimento e planeamento das intervenções; capacidade de motivação e envolvimento da pessoa no seu processo de reabilitação; o estabelecimento de prioridades; o Contido julgo também se de dificuldades inerentes a um primeiro estágio, que serão certamente desenvolvidas nos seguintes. Foi ao exposto proposto a classificação de 16 valores.

DATA: 24/11/16

ASSINATURAS:	ORIENTADOR ESEL	ORIENTADOR ESTÁGIO	ESTUDANTE
	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>	<u>Sara Conde</u>

ANEXO I

7º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM - ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

ESTÁGIO COM RELATÓRIO - Registo das Sessões de Orientação

Nome do estudante: Sara Conde

Nome do orientador: Adélia Rosa Gomes Ferreira

Data: 5/01/2017

Duração das \_\_\_\_ h às \_\_\_\_ h

Registo da orientação: os aspetos/temas abordados; as decisões tomadas; as orientações dadas e os compromissos assumidos.

- Boa integração na equipa da UCC e ECCI.
- Estabelece boa relação com os utentes e suas familiares/cuidadores.
- Planeia e executa planos de reabilitação ao utente tendo em conta o seu potencial de reabilitação.
- Utiliza sempre que possível/produto de apoio disponíveis.
- Faz registos de enfermagem reabilitada no sistema de plataforma ECCI (admissão, transferência e alta do utente).
- Elaborou folhetos adequados à idade de utentes dependentes (col. montada por SNB, deslocação e ortopédica onca).
- Pedir para registar utentes do sono respiratório pois os utentes do último mês eram todos com márcia.

Assinatura do orientador

Assinatura do estudante

Adélia Ferreira

Sara Conde

ANEXO II

7º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM – ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM  
DE REABILITAÇÃO

APRECIAÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Estudante: Sara Conde

Local de Estágio: ECCEI [REDACTED] Início: Nov. Fim: Fev.

Orientador: Adélia Ferreira

- Nas últimas semanas muito autónoma em todas as atividades diárias; planeia e executa quase todos cuidados ao utente, assim como ensinos oportunos aos familiares/cuidadores
- Elaborou um manual de produtos de apoio e respetiva legislação para implementar no serviço (a pedido da equipa, que sentia essa falta)
- No final do estágio fica um sentimento de pena por este ter terminado; seria um ótimo colega no trabalho. Não sendo isso possível gostaria muito que no seu serviço de origem fosse-se e se fosse a nossa referência junto da Ege hospitalar
- Por tudo o referido atribuo nota muito bom

DATA:

ASSINATURAS:

ORIENTADOR ESEL

ORIENTADOR ESTÁGIO

ESTUDANTE

[Signature]

Adélia Ferreira

Sara Conde